

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Direction de la Population



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية السكان

Standards des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

**MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA POPULATION**

**LES STANDARDS
DES SOINS OBSTETRICAUX ET
NEONATALS D'URGENCE (SONU)**

Avec le soutien financier de l'USAID
Sous le contrat n° 608-C-00-94-00006

REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré grâce au travail assidu d'une équipe composée d'experts nationaux, de cadres du Ministère de la Santé, particulièrement l'équipe de la Division de la Santé Maternelle.

Ce document a été financé par l'Agence Américaine pour le Développement International, l'USAID, sous le contrat n° 608-C-00-94-00006 et a bénéficié du soutien technique et administratif de John Snow Inc.

Qu'ils trouvent ici notre témoignage de gratitude et nos remerciements les plus sincères.

PREFACE

Depuis la conférence internationale de Nairobi en 1987, date à laquelle fut lancée l'initiative de la « Maternité Sans Risque », on assiste à une prise de conscience de la gravité de la morbidité et de la mortalité maternelles. Cette prise de conscience a été concrétisée par l'organisation d'une série de rencontres tenues à plusieurs niveaux en vue de mettre en place des stratégies adaptées pour réduire l'ampleur du problème.

Conscient de cette réalité, le ministère de la Santé a inscrit cette question de santé comme priorité fondamentale avec pour objectif la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néo-natales dans les meilleurs délais possibles. Les résultats de ces efforts peuvent être appréhendés à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs ; plus particulièrement, les indicateurs de mortalité et ceux portant sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur la planification familiale, la fécondité et ses déterminants se sont améliorés par rapport au passé. Cependant, la mortalité néo-natale reste élevée, et la mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique. De 332 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1985-1991, la mortalité maternelle s'est réduite d'environ 30 % entre 1992 et 1997 (enquête PAPCHILD 1997). Le taux de mortalité maternelle se chiffre à 228 décès pour 100 000 naissances vivantes (125 en urbain et 307 en rural), soit un taux de 15 à 20 fois supérieur à ceux des pays occidentaux. Une étude réalisée par l'Institut national d'administration sanitaire en 1990 a mis en évidence un déficit important en interventions obstétricales majeures, notamment en milieu rural. Les femmes enceintes résidant en zone rurale, bien qu'elles représentent les deux tiers de l'ensemble des parturientes du pays, ne bénéficient que du tiers de l'ensemble de ces interventions.

En effet, chaque jour se présentent, dans nos structures d'accouchement, un certain nombre de femmes qui présentent des complications obstétricales urgentes ; il n'est sans doute pas de discipline où ces problèmes d'urgence, pour lesquels diagnostic d'abord, conduite à tenir ensuite, représentent des moments d'autant plus essentiels que leur solution doit intervenir rapidement, dans les heures, parfois même dans les minutes qui suivent l'arrivée de la femme dans les services.

La stratégie de la maternité sans risque avait mis l'accent sur la consultation prénatale depuis la restructuration du service de la protection de la santé de la mère en 1987. Cependant, le bilan des activités suggère que l'impact de cette approche a été assez restreint. Le programme s'est donc récemment réorienté et a mis l'accent sur la prise en charge des urgences obstétricales au niveau des structures d'accouchement.

Cette approche exige de nouvelles adéquations des services pour une maternité sans risque afin de répondre à des besoins spécifiques dans la prise en charge de la grossesse et

de l'accouchement. Pour atteindre cet objectif, le ministère de la Santé a mis en œuvre un programme d'action basé entre autres sur l'amélioration des structures d'accouchement ainsi que sur la formation-recyclage des prestataires dans les domaines des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et complets (SOUC) pour rehausser les compétences et performances pratiques du personnel médical et paramédical impliqué dans la prise en charge des parturientes en leur assurant des services de qualité.

Ceci s'inscrit dans le cadre du Programme national d'assurance-qualité dont la stratégie de gestion fournira les lignes directrices à la planification future des activités.

C'est dans cette optique que ce document a été élaboré. Il comporte des protocoles et procédures relatives aux différentes urgences obstétricales et néo-natales. Rédigés de façon précise et simple, ces protocoles représentent un guide précieux, facile à consulter ; il est adapté aux différents niveaux du système de santé et aux professionnels de santé prenant en charge les urgences obstétricales et néo-natales. Il constitue la base pour le développement de programmes de formation, de monitoring et d'évaluation des soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence.

Comité de rédaction

P^r Rachid BEZAD

Maternité des Orangers, Rabat

Coordinateur des comités d'élaboration des standards SONU

P^r Fatine BENSAID

Maternité des Orangers, Rabat

P^r Abdellatif CHAOUI

Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Souissi

P^r Younes CHAJAI

Réanimation du nouveau-né, Hôpital d'enfants, Rabat

P^r Ahmed MOUSSAOUI

Gynéco-Obstétricien privé, Rabat

P^r Charaf-Eddine OUZZANI

Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Souissi

P^r Anas TAZI SAOUD

Chef de Service d'Anesthésie-Réanimation de la mère, Maternité Souissi

P^r Rajaa TACHINANTE

Service d'Anesthésie-Réanimation de la mère, Maternité Souissi

Comité de lecture

D^r Redouane ABDELMOUMEN

Conseiller en santé publique/JSI

D^r Abdellah ASSOUAR

Gynéco-Obstétricien, Maternité provinciale, Tiznit

D^r Redouane BELLOUALI

Coordinateur FNUAP

D^r Rachid BERRADA

Gynéco-Obstétricien, Maternité Souissi, Rabat

P^r Chafik CHRAIBI

Maternité des Orangers, Rabat

P^r Brahim GHRAB

Gynécologue-Obstétricien, Maternité Souissi, Rabat

D^r Elizabeth GOOD BURN

Consultante FNUAP

D^r Fatima GOUAIMA

Enseignante à l'Institut national d'administration sanitaire

P^r Amine HIMMI

Chef de Service de Gynéco-Obstétrique, Maternité Lalla Meryem

D^r Ahmed LAABID
Enseignant à l'Institut national d'administration sanitaire

P^r Amina LAKHDAR
Gynéco-Obstétricienne, Maternité Souissi, Rabat

D^r Wafia LANTRY
Gynécologue-Obstétricienne

D^r Mohamed LARDI
Enseignant à l'Institut national d'administration sanitaire

D^r Theo LIPPEVELD
Directeur du projet/JSI

M^{me} Amira OUALLAE
Enseignante à l'IFCS de Rabat

M^{me} Fatima TEMMAR
Division de la formation

D^r Amal THIMOU
Service de Néo-natologie, Hôpital d'enfants, Rabat

D^r Fatima TSOULI
Service de la santé de la mère, Direction de la population

D^r Abdelwaheb ZERRARI
Chef de la division de la santé maternelle et infantile

Comité de validation

M. Smail AACHATI
Chef de la Division de la Formation, ministère de la Santé

P^r Ahmed ADERDOUR
Chef de Service de Gynéco-Obstétrique, Maternité Lalla Meryem

P^r My Driss ALAOUI
Chef de Service de Réanimation Polyvalente, Hôpital d'enfants

P^r Moulay Tahar ALAOUI
Directeur du Centre national de formation en reproduction humaine, Rabat

P^r Fikri BEN BRAHIM
Directeur de l'Institut national d'administration sanitaire

D^r Ali BENSALAH
Chef de Service de la Protection de la Santé de la Mère

P^r Abdellatif CHAOUI
Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Souissi

D^r Mostafa TYANE
Directeur de la Population, ministère de la Santé

METHODOLOGIE D'ELABORATION ET DE SUIVI

L'élaboration des *Standards des soins obstétricaux et néo-natals d'urgence* a été réalisée, par le ministère de la Santé, dans le cadre de l'assurance qualité des soins d'urgence obstétricaux et néo-natals.

Cette élaboration s'est faite en plusieurs étapes :

- l'initiation par le ministère de la Santé ;
- la normalisation par un groupe d'experts nationaux auprès du ministère de la Santé et des facultés de médecine ;
- la rédaction des standards s'est faite sur la base d'une compilation de la bibliographie internationale récente et sur l'expertise clinique des membres du groupe d'experts ;
- la lecture et la correction, réalisées par un groupe d'experts et de praticiens de différents niveaux professionnels s'occupant d'obstétrique ou de nouveau-né ;
- la validation des standards définitivement revus et corrigés par un autre comité d'experts et de responsables de santé ;
- et enfin l'édition.

La diffusion des *Standards des soins obstétricaux et néo-natals d'urgence* se fera auprès des praticiens publics et privés et des responsables de santé, au niveau des formations sanitaires qui offrent des services obstétricaux, ainsi qu'au niveau des institutions de formation médicale et paramédicale.

Une évaluation de l'utilisation de ces *Standards* doit être réalisée pour identifier l'impact réel de ces normes sur la pratique obstétricale et néo-natale d'urgence au Maroc, et les éventuelles modifications qu'on pourrait leur apporter en fonction du développement scientifique et pratique de ces soins d'urgence.

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	13
PREMIER CHAPITRE : INTRODUCTION AUX SONU.....	15
I. OBJECTIFS	15
II. LES UTILISATEURS DES SONU	15
III. ELEMENTS DES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE	16
IV. RESSOURCES	16
DEUXIEME CHAPITRE : LES HEMORRAGIES	25
I. EVALUER L'IMPORTANCE DE L'HEMORRAGIE ET LA PRENDRE EN CHARGE	25
II. CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE	29
III. CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DE FIN DE GROSSESSE ET DU TRAVAIL	36
IV. CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM	46
TROISIEME CHAPITRE : LE TRAVAIL DYSTOCIQUE	51
I. CONDUITE A TENIR GENERALE	51
II. CAT DEVANT UNE DYSTOCIE DYNAMIQUE.	54
III. CAT DEVANT UNE DYSTOCIE MECANIQUE	56
IV. CAT DEVANT UNE PRESENTATION DYSTOCIQUE	61
QUATRIEME CHAPITRE : HYPERTENSION ARTERIELLE DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM	65
I. CAT DEVANT UNE HYPERTENSION ARTERIELLE ISOLEE	65
II. CAT DEVANT UNE PREECLAMPSIE	68
III. CAT DEVANT UNE ECLAMPSIE	70
CINQUIEME CHAPITRE : INFECTIONS DE LA GROSSESSE, DU POST-PARTUM ET DU POST-ABORTUM	73
I. CAT GENERALE	73
II. CAT SPECIFIQUE (POST-PARTUM / POST-ABORTUM)	74
SIXIEME CHAPITRE : CAS PARTICULIERS DE GROSSESSE A HAUT RISQUE	85
I. CAT DEVANT UN UTERUS CICATRICIEL	85
II. CAT DEVANT UNE GROSSESSE GEMELLAIRE	85
III. CAT DEVANT UNE RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES	86

SEPTIEME CHAPITRE : PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE	87
I. CONDITIONS GENERALES DE RECEPTION DU NOUVEAU-NE	
EN SALLE DE TRAVAIL	87
II. REANIMATION SPECIFIQUE DU NOUVEAU-NE A RISQUE	
EN SALLE DE TRAVAIL	89
 ANNEXES	
ANNEXE 1 : FICHE DE PREVENTION DE L'INFECTION	93
ANNEXE 2 : CONDITIONS DE TRANSFERT EN CAS D'HEMORRAGIE	97
ANNEXE 3 : QUANTITE DE REMPLISSAGE VASCULAIRE EN FONCTION DES ESTIMATIONS DES PERTES DE SANG	99
ANNEXE 4 : PARTOGRAMME	101
ANNEXE 5 : PERFUSION D'OCYTOCINE (SYNTOCINON*)	103
ANNEXE 6 : MESURES DE PREVENTION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE	105
ANNEXE 7 : MESURES DE PREVENTION DE L'INFECTION SPECIFIQUE A L'OBSTETRIQUE	107
ANNEXE 8 : GROSSESSES A RISQUE DE SOUFFRANCE FCETALE	109
ANNEXE 9 : SCORE DE SILVERMAN	111
ANNEXE 10 : SCORE D'APGAR	113
ANNEXE 11 : TECHNIQUES DE REANIMATION DU NOUVEAU-NE	115
ANNEXE 12 : PRODUITS PHARMACEUTIQUES	121
ANNEXE 13 : DEPISTAGE DES HANDICAPS A LA NAISSANCE	123
 BIBLIOGRAPHIE	127

ACRONYMES

>/<	Supérieur/ Inférieur
°C	Degré Celsius
ANTI D	Gamma globulines anti rhésus du groupe D
ATB	Antibiotique
béta HCG	Fraction Béta de l'Hormone Gonadotrophine Chorionique
BR	Bassin Rétréci
CAT	Conduite à Tenir
cc	Centimètre Cube
cm Hg	Centimètre de Mercure
cm	Centimètre
cp	Comprimé
CU	Contraction Utérine
DA	Délivrance Artificielle
DDR	Dates des Dernières Règles
DFP	Disproportion Foeto Pelvienne
DLG	Décubitus Latéral Gauche
DPPNI	Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré
ECBU	Examen Cyto-Bactériologique Urinaire
Ex	Examen
g	Gramme
GAHR	Grossesse à Haut Risque
GEU	Grossesse Extra Utérine
h	Heure
Hb	Hémoglobine
HM	Hémorragie
HRP	Hématome Rétro Placentaire
Ht	Hématocrite
HTA	Hypertension Artérielle
HU	Hauteur Utérine
IM	Intramusculaire
INN	Infection Néo-Natale
ITD	Intratubulaire Direct
IV	Intraveineux
IVD	Intraveineux Direct
j	Jour
m.e.c.	Mise en Condition
MFUI	Mort Foetale in Utéro

mg	Milligramme
mm	Millimètre
mn	Minute
N1	Niveau 1
N2	Niveau 2
N3	Niveau 3
NB	Bien noter
NFS	Numération Formule Sanguine
O ₂	Oxygène
OAP	Œdème Aigu du Poumon
PA	Post Abortum
PDE	Poche des Eaux
PP	Placenta Préavia
RAM	Rupture Artificielle des Membranes
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérine
Rév. Ut.	Révision Utérine
RPM	Rupture Préaturée des Membranes
RU	Rupture Utérine
SA	Semaines d'Aménorrhée
SAT	Sérum Antitétanique
SF/SFA	Souffrance Fœtale / Souffrance Fœtale Aiguë
SG	Sérum Glucosé
SONU	Soins Obstétricaux et Néo-nataux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux Urgence Complet
SS	Sérum Salé
Synto	Perfusion Ocytotique de Synthocinon
TA	Tension Artérielle
TAD	Tension Artérielle Diastolique
TAS	Tension Artérielle Systolique
TD	Travail Dystocique
TP	Taux de Prothrombine
TV	Toucher Vaginal
UI	Unités Internationales
VB/AVB	Voie Basse/Accouchement par Voie Basse
VH/CESAR	Césarienne
VV	Voie Veineuse

PREMIER CHAPITRE

INTRODUCTION AUX SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE (SONU)

PRELIMINAIRE

Pour les SONU, trois niveaux d'intervention de services de santé ont été identifiés :

- Niveau 1 : Maisons d'accouchements et centres de santé offrant des services d'accouchement.
- Niveau 2 : Les structures hospitalières disposant d'une unité structurée d'accouchement et d'un bloc opératoire fonctionnel.
- Niveau 3 : Les structures hospitalières disposant, en plus des structures de niveau 2, d'une unité de réanimation maternelle et néonatale.

Les SONU s'adressent essentiellement aux niveaux 1 et 2.

I. OBJECTIFS

- Uniformiser à l'échelle nationale les attitudes diagnostiques et thérapeutiques vis-à-vis des SONU.
- Identifier selon les urgences obstétricales et néonatales les femmes et les nouveau-nés à risque et traiter ou transférer la femme ou le nouveau-né, après mise en condition, dans les meilleurs délais vers des centres plus structurés pour leur prise en charge.
- Intégrer les règles de prise en charge de l'accouchée et du nouveau-né dans toute structure s'occupant de suivi de prénatal et d'accouchement.
- Introduire les éléments de ces standards dans la formation de base des personnels de santé et les étudiants en médecine dans les maternités universitaires et régionales, ainsi que les centres s'occupant de formation médicale ou paramédicale continue.

II. LES UTILISATEURS DES SONU ?

- Les sages-femmes, infirmières-accoucheuses, infirmier(e)s anesthésistes qui travaillent dans les hôpitaux, les maisons d'accouchement et les centres de santé s'occupant d'accouchement.

- Les médecins (généralistes et obstétriciens) s'occupant des consultations prénatales et des accouchements.
- Les médecins (pédiatres et réanimateurs) s'occupant des patientes en urgence obstétricale et des nouveau-nés en détresse.
- Les décideurs et gestionnaires des services de maternité et de pédiatrie chargés d'établir les normes de structures et de gestion.
- Les responsables de formation en gynécologie obstétrique, pédiatrie et réanimation au niveau des centres hospitalo-universitaires et des instituts de formation en carrière de santé.
- Les étudiants en médecine et les résidents en formation médicale, en préparation au travail du terrain en périphérie en dehors des CHU.
- Les étudiants paramédicaux.

III. ELEMENTS DES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

Le niveau 1, premier contact de la parturiente avec les services de santé et niveau de référence, doit pouvoir dispenser les principales fonctions de soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) :

- disposer et pouvoir administrer des antibiotiques, des ocytociques, des anti-convulsivants ;
- pouvoir gérer et traiter la rétention placentaire et l'avortement compliqué, réaliser une délivrance artificielle et une révision utérine ;
- disposer de matériel d'extraction fœtal (VENTOUSE D'EXTRACTION) ;
- réanimer et réaliser les premiers gestes de la prise en charge du nouveau-né.

Le concept des SOUB sera reconnu à différents niveaux des SONU à travers les différents chapitres des standards, comme continuité d'action globale dans la réduction de la mortalité materno-infantile.

Le niveau 2 et 3 doit pouvoir dispenser des soins obstétricaux d'urgence complet (SOUC) qui sont les services des soins obstétricaux d'urgence de base plus la transfusion sanguine et à la césarienne

IV. RESSOURCES

A. LES RESSOURCES MATERIELLES

Les normes fixées ci-dessous proposent le minimum requis selon les structures pour un travail efficace et de qualité ; cependant, les quantités et détails de structures ne peuvent être arrêtés dans ce chapitre et doivent obligatoirement être adaptés aux besoins et débit de recrutement et de travail de chacune des unités.

1. Niveau 1 (N1)

- Locaux : salle d'accueil, d'attente et d'examen.
- Sanitaires : lavabos + toilettes + sacs de recueil des placentas.
- Matériel :
 - Pèse-personnes, thermomètre, appareil à tension, stéthoscope médical et obstétrical
 - Table gynécologique, lampe d'examen, bassin
 - Boîte de compresses stériles et pinces à servir
 - Boîte d'examen (spéculums, pinces à faux germes...), doigtiers
 - Gants stériles, sparadrap et ciseaux à pansement
 - Fils de suture (catgut 0, 1...)
 - Boîte d'accouchement (instrument pour rompre la poche des eaux, deux pinces de Kocher pour clamper le cordon et des ciseaux pour couper le cordon)
- Matériel de perfusion (potence, panier, tubulures ...), seringues, aiguilles et intranules.
- Ventouse d'extraction obstétricale.
- Boîte d'épisiotomie (un porte-aiguille, une pince à disséquer à griffe, une pince à disséquer sans griffe, deux pinces hémostatiques, deux valves vaginales, une paire de ciseau de Maillot, une paire de ciseau pour fil).
- Matériel de base pour réception du nouveau-né :
 - Table de réception du nouveau-né
 - Poire d'aspiration
 - Source de vide
 - Source d'oxygène
 - Sondes d'aspiration (8 et 10)
 - Ballon d'assistance respiratoire pour adulte et nouveau-né
 - Linge pour table d'accouchement et pour recevoir le nouveau-né
 - Matériel pour clamper le cordon (clamp, fil stérile...)
- Pharmacie : voir annexe 12
 - Générale :
 - Solution antiseptique iodée
 - Mercurbutol
 - Savon
 - Rifamycine collyre ophtalmique
 - Vitamine K1
 - Sérum salé à 9 ‰ flacon de 500 cc
 - Sérum glucosé isotonique à 5 % flacon de 500 cc
 - Sérum bicarbonaté à 14 % flacon de 250 cc
 - Eau stérile

- Ocytociques : ocytocine et méthylergométrine
- Antibiotiques :
 - Benzylpénicilline sodique
 - Ampicilline
 - Gentamicine
 - Metronidazol
 - Cyclines
- Antalgiques
 - Paracétamol
 - Péthidine
- Antispasmodique :
 - Bromure Butyle d'hyoscine
- Anti-hypertenseurs
 - Alpha méthy-Ildopa
 - Dihydralazine
- Anesthésique locale : Lidocaine à 1 % sans adrénaline
- Epinéphrine : Adrénaline
- Antitoxine tétanique : sérum anti-tétanique (SAT)
- Sédatifs :
 - Diazépam
- Dexametazone
- Cloprame
- Hydergine
- Salbutamol

2. Niveau 2 (N2)

- Locaux :
 - Salles : d'accueil, d'attente, d'examen et d'admission
 - Salle des expectantes pour les femmes en travail
 - Salle d'accouchement : chauffée et sans courant d'air (fenêtres fermées, porte battante)
 - Salle d'accueil du nouveau-né, avec un lavabo à eau stérile ou potable pour lavage des mains et du savon et de quoi se sécher les mains
 - Les deux salles doivent avoir des prises de courant électrique, une source d'oxygène et une source de vide
 - Bloc opératoire fonctionnel
 - Salles d'hospitalisation

- Matériel :
 - Pèse-personnes, thermomètre, appareil à tension, stéthoscope médical et obstétrical
 - Table d'examen gynécologique et lampe d'examen
 - Boîte à spéculums
 - Pinces à servir : pince à faux germes
 - Matériel de perfusion, seringues et aiguilles à usage unique
 - Boîte d'accouchement
 - Boîte d'épisiotomie
 - Ventouses et forceps
 - Valves vaginales
 - Boîtes de césarienne (ou de laparotomie)
 - Doigtiers
 - Gants stériles
 - Compresses
 - Champs
 - Sparadrap et ciseaux à pansement
 - Echographie/radiographie
- Matériel d'accueil du nouveau-né en salle d'accouchement :
 - Table chauffante avec thermomètre d'ambiance et chronomètre
 - Couveuse éventuellement
 - Clamp ombilical
 - Stéthoscope, appareil à tension (Petit brassard)
 - Seringues de 1, 5, 10, 20 et 50 ml
 - Aiguilles de 25, 21 et 18 gauge
 - Paniers pour perfusion
 - Tubulures de perfusion et de transfusion
 - Sérum salé, sérum glucosé à 5 %
 - Adrénaline (1mg dans 10 cc)
 - Sondes d'aspiration n° 6, 8 et 10
 - Source de vide avec mesure de dépression
 - Source d'oxygène avec débitmètre
 - Ballon d'assistance respiratoire
 - Masque facial adapté au prématuré et au nouveau-né
 - Canule de Guedel pour nouveau-né et prématuré
 - Laryngoscope avec lames n° 0 et 1
 - Pince d'intubation trachéale de Magill
 - Guide pour la sonde d'intubation
 - Sondes d'intubation trachéales : 2.5, 3, 3.5, 4
 - Sonde gastrique n° 8
 - Réanimette et couveuse

- Pharmacie : en plus des produits disponibles au N1 (voir annexe 12)
 - Sérums glucosé hypertonique
 - Anesthésiques
 - Antibiotiques
 - Anti-hémorragiques
 - Antalgiques et antispasmodiques
 - Anti-hypertenseurs
 - Sédatifs : Diazépam, Clorzépatate dipotassique
 - Anticoagulants : Héparine
- Unité de transfusion de sang
- Transport : ambulance équipée en oxygène et fonctionnelle

3. Niveau 3 (N3)

- Locaux : en plus de ceux de N2 : réanimation maternelle et unité de grossesse à risque plus réanimation nouveau-né.
- Matériel : en plus de celui de N2 : Matériel de réanimation maternelle
- Matériel de réanimation nouveau-né :
 - *à usage cardio-vasculaire :*
 - Scope
 - Stéthoscope, Appareil à tension
 - Matériel de cathétérisme veineux ombilical
 - Seringues de 1, 5, 10, 20 et 50 ml
 - Aiguilles de 25, 21 et 18 gauge
 - Prolongateurs mâle-femelle de 1 m et de 1 ml de volume
 - Robinets à trois voies
 - Paniers pour perfusion
 - Tubulures de perfusion et de transfusion
 - Cathéters courts pour voies veineuses périphériques.
 - Sérum salé à 9 ‰
 - Adrénaline (1 mg dans 10 cc)
 - Sérum glucosé à 5 %
 - *à usage respiratoire :*
 - Sondes d'aspiration n° 6, 8 et 10
 - Source de vide avec mesure de dépression
 - Source d'oxygène avec débitmètre
 - Ballon d'assistance respiratoire avec valve de surpression et tube réservoir
 - Masque facial adapté au prématuré et au nouveau-né
 - Canule de Guedel pour nouveau-né et prématuré

- Laryngoscope avec lames n° 0 et 1
- Pince de Magill
- Guide pour la sonde d'intubation
- Sondes d'intubation trachéale : 2.5, 3, 3.5, 4
- Sonde gastrique n° 8

➤ *Réanimette et couveuse*

- Produits de pharmacie polyvalente de service de gynécologie, d'obstétrique, de réanimation de maternité et néonatale).
- Centre de transfusion sanguine, qui doit être organisé avec :
 - Antenne de transfusion
 - Chaîne de transport et de conservation de produits sanguins bien établie
 - Sang fractionné
 - Culots globulaires
 - Plasma frais
 - Concentrés plaquettaires
- Transport : ambulance spécialisée (soins intégrés + oxygène + couveuse).

B. RESSOURCES HUMAINES

1. Niveau 1

- Centre de santé s'occupant d'accouchement :
 - Médecins généralistes.
 - Sages-femmes ou infirmières-accoucheuses (formées en techniques d'accouchement normal, en consultation pré-natale, suivi des grossesses à risque et urgences néonatales...).
 - Aides-soignantes, agents de soutien, femmes de ménage.
- Maisons d'accouchement :
 - Sage-femme.
 - Infirmière-accoucheuse (formée en accouchement normal, en suivi prénatal, grossesses à risque et urgence néonatales...).
 - Aides-soignantes, agents de soutien, femmes de ménage.

2. Niveau 2

- Plateau obstétrico-chirurgical :
 - Gynécologue obstétricien ou chirurgien formé en technique de césarienne.
 - Anesthésiste (médecin ou infirmier).
 - Sages-femmes.
 - Infirmières-accoucheuses.

- Plateau pédiatrique :
 - Pédiatre formé aux techniques de réanimation néonatale.
 - Infirmier(e)s.
- Autres personnels :
 - Personnel de transfusion (techniciens...).
 - Personnel de soutien (femmes de ménage, chauffeur...).

3. Niveau 3

- Plateau obstétrico-chirurgical :
 - Gynécologues obstétriciens.
 - Anesthésistes-réanimateurs.
 - Infirmier(e)s anesthésistes.
 - Sages-femmes.
 - Infirmier(e)s.
- Plateau de réanimation maternité :
 - Médecins réanimateurs.
 - Infirmier(e)s formés en réanimation maternité.
- Plateau de réanimation néonatale :
 - Pédiatres (formés en réanimation néonatale).
 - Infirmier(e)s formés en réanimation néonatale.
- Autres personnels : particulièrement personnel de soutien (femmes de ménage, chauffeur...).

C. DISPONIBILITES DES SERVICES (Qui fait Quoi ?)

1. Tâches générales

a. Identifier et gérer une urgence obstétricale

Le personnel de santé doit être capable de reconnaître l'urgence obstétricale en vue de la traiter, de référer ou de transférer la patiente vers un niveau supérieur (plus structuré, pour une prise en charge adaptée).

b. Recevoir et réanimer un nouveau-né

L'accoucheur(se) (médecin, sage-femme, infirmière-accoucheuse), formé(e) à la prise en charge du nouveau-né en salle de travail accueille le nouveau-né et assure les gestes de base après la naissance.

2. Niveau 1

- *Le médecin* (s'il existe à ce niveau) :

- gère l'urgence obstétricale et néonatale,
- indique le transfert d'une parturiente et du nouveau-né qui pose des problèmes;
- gère l'accouchement normal,
- indique la perfusion d'ocytociques,
- fait l'épisiotomie et la répare,
- prescrits les médicaments,
- fait la révision utérine et la délivrance artificielle
- fait le curetage hémostatique utérin et le curage digital.

- *La sage-femme :*

- aide le médecin s'il est disponible dans la structure et suit ses prescriptions et décisions,
- en cas d'absence du médecin : elle
 - fait le diagnostic de l'urgence obstétricale et néonatale ;
 - prodigue les premiers soins de l'urgence et met en condition la femme ;
 - transfère la femme qui a des problèmes vers le N2 si nécessaire ;
 - gère l'accouchement normal, réalise la rupture artificielle des membranes, termine l'accouchement en phase expulsive ;
 - indique une perfusion ocytocique une prescription médicamenteuse ;
 - réalise la délivrance artificielle et la révision utérine,
 - fait l'épisiotomie et la répare.

- *L'infirmière-accoucheuse* dépiste le risque et aide à recevoir et à mettre en condition la patiente (voie veineuse, perfusion, traitements divers...) et accompagne la patiente transférée vers le N2 le plus proche.

2. Niveau 2

- *Réanimateur-anesthésiste* : met en condition la patiente et assure l'anesthésie et la réanimation de la mère opérée ou compliquée (hypertension artérielle, hémorragie...).

- *Gynécologue-obstétricien* : accouche, fait la délivrance artificielle et la révision utérine, fait la césarienne, réalise l'hystérectomie d'hémostase si nécessaire ainsi que la réparation des ruptures utérines, réalise le curage digital, le curetage et l'aspiration utérine.

- *Chirurgien généraliste* : à défaut du gynécologue-obstétricien, il réalise la césarienne, l'hystérectomie d'hémostase et la réparation des lésions utérines dans les ruptures utérines.

- *Sage-femme* : accouche, pose la perfusion d'ocytocine, pratique la ventouse de dégagement en phase expulsive fait la délivrance artificielle et la révision utérine, réalise et répare l'épisiotomie et les déchirures simples du vagin et du périnée.

- *Infirmier(e)s* : aident à la marche des différents services (salle d'accouchement, maternité, réanimation néonatale...) et accompagnent la mère et/ou le nouveau-né vers le N3 si nécessaire avec l'ambulancier.

- *Pédiatre* : prend en charge le nouveau-né et le met en condition et le traite selon son état, ou le transfère au N3 le plus proche après les soins de base.

3. Niveau 3 : tâches identiques à celles du N2 avec trois spécificités

- Service des grossesses à haut risque (hospitalisation, traitement et suivi).
- Service de réanimation maternité (hospitalise, traite et suit les pathologies associées à la grossesse, notamment les hypertensions artérielles sévères et compliquées de la grossesse et du post-partum, l'hémorragie grave et ses complications et les femmes opérées pour urgence obstétricale...).
- Service de réanimation néonatale (hospitalise, traite et suit les nouveau-nés : prématurés, hypotrophes, en souffrance, en détresse respiratoire, infectés ou anémiques).

AIRES DE RESPONSABILITES

	N1		N2	N3
	Mais. Acht	C. santé	Hôpital	Hôpital avec réanimation adultes et nouveau-nés
Infirmière-accoucheuse	+	+	+	+
Sage-femme	+	+	+	
Médecin généraliste	+	+	+	
Gynécologue-obstétricien			+	+
Anesthésiste-réanimateur			+	+
Pédiatre-néonatalogue			+	+

DEUXIEME CHAPITRE

LES HEMORRAGIES

Devant tout saignement anormal (quantité ou durée), il faut :

- mettre rapidement en condition la patiente,
- rechercher rapidement la cause de l'hémorragie, la traiter et
- transférer la patiente ou le nouveau-né, chaque fois que leur état est grave et demander des capacités humaines ou techniques en dehors de celles de la structure d'accueil.

I. EVALUER L'IMPORTANCE DE L'HEMORRAGIE ET LA PRENDRE EN CHARGE

A. CAT GENERALE DEVANT UNE HEMORRAGIE

- Evaluer l'importance de l'hypovolémie et la traiter.
- Ne pas sous-estimer l'hémorragie : le saignement extériorisé n'explique pas toujours la gravité des signes cliniques chez la mère (hémorragie interne).
- Réanimer la femme, rechercher en même temps la cause de l'hémorragie et traiter (assurer l'hémostase : même temporaire).
- Identifier les indications de la transfusion de sang.

B. IDENTIFIER LA GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

1. **Suspecter la survenue de l'état de choc hémorragique** devant les situations cliniques suivantes :

- Au début de grossesse : traumatisme génital, avortement spontané ou provoqué, grossesse extra-utérine, môle hydatiforme.
- Fin de grossesse ou du travail : décollement du placenta, placenta préavia, rupture utérine.
- Dans le post-partum : inertie utérine, rétention du placenta.

2. Rechercher les signes d'ALARME

a. *Signes du choc imminent*

- Pâleur cutanée, soif et muqueuses sèches.

- Froideur des extrémités, asthénie et angoisse.
- Pouls rapide et filant, tension artérielle basse.

b. Signes de choc grave

- Hypotension (systolique inférieure à 90 mm Hg).
- Obnubilation et confusion, perte de connaissance.
- Polypnée sans cyanose (supérieure à 30/mn), sueurs.
- Tachycardie (supérieure à 110 pulsations/mn), pouls filant. Oligurie (inférieure à 30 ml/h ou 0,5 ml/mn), voire anurie.

NB :

- Ne pas attendre la chute de la tension artérielle pour commencer à agir (indicateur tardif et mauvais de la volémie maternelle)
- La diminution de la diurèse reflète bien et mieux l'hypovolémie.

C. CONDUITE A TENIR

1. Générale

- Evaluer les fonctions vitales (fréquence cardiaque et respiratoire, diurèse...).
- Assurer la liberté des voies aériennes.
- Placer une bonne voie veineuse et prélever du sang dans plusieurs flacons adaptés (groupage, formule sanguine, taux de prothrombine, plaquettes, facteurs de coagulation).
- Faire le bilan sur place, sinon adresser les prélèvements qui doivent accompagner la femme lors de son transfert.
- Remplir toujours au sérum salé isotonique et selon les pertes de sang (annexe 3).
- Mettre la patiente sur le côté, membres inférieurs surélevés, et l'oxygéner.
- Tenir la patiente au chaud en la couvrant.
- Ne rien donner à boire à la femme (malgré la sensation de soif).
- Accompagner toujours la patiente lors de son transfert.

2. Spécifique

➤ N1

- **Oxygéner** à 6 litres/mn, avec masque ou sonde nasale.
- **Mettre en position** la patiente :

- membres inférieurs surélevés ;
 - tête basse ;
 - sur le côté gauche, ou à défaut avec un billot (champ enroulé) sous la fesse droite, si elle est en fin de grossesse.
- **Prendre deux bonnes voies veineuses** : avec de grosses intranules (gauge 16 ou 18), courtes et bien fixées.
 - **Remplir au sérum salé** : en fonction de l'état de la patiente et des pertes sanguines (annexe 3) volume pour volume si l'hémorragie est inférieure à 1 500 cc.
 - **Assurer une hémostase temporaire par des moyens physiques** :
 - tamponnement de lésions des voies génitales accessibles qui saignent ;
 - compression utérine ;
 - compression de l'aorte trans-abdominale ;
 - préhension du col déchiré par des pinces ;
 - hémostase mécanique des hémorragies du segment inférieur (placenta bas inséré).
 - Ecraser le segment inférieur entre le globe utérin refoulé par une main abdominale et une main ou des champs profondément introduit dans le vagin jusqu'au contact du col.
 - **Transférer** (voir annexe 2) toute patiente présentant :
 - une hémorragie grave (plus de 1500 cc) ;
 - un ou plusieurs signes d'alarme ou de choc ;
 - un état altéré ou aggravé avec le temps.

➤ N2

- **Transfuser** si les pertes sanguines sont supérieures à 1500 cc (volume pour volume), en plus du sérum salé :
 - grouper la femme dès la prise de la voie veineuse ;
 - utiliser du sang fractionné à la place du sang total chaque fois que possible.
- Utiliser des **médicaments** :
 - l'adrénaline, si la tension artérielle est basse : 1 mg dans 500 cc de sérum salé à 30 gouttes/minute ;
 - spécifiques (voir diverses conduite à tenir) (ocytociques pour l'atonie utérine par exemple).

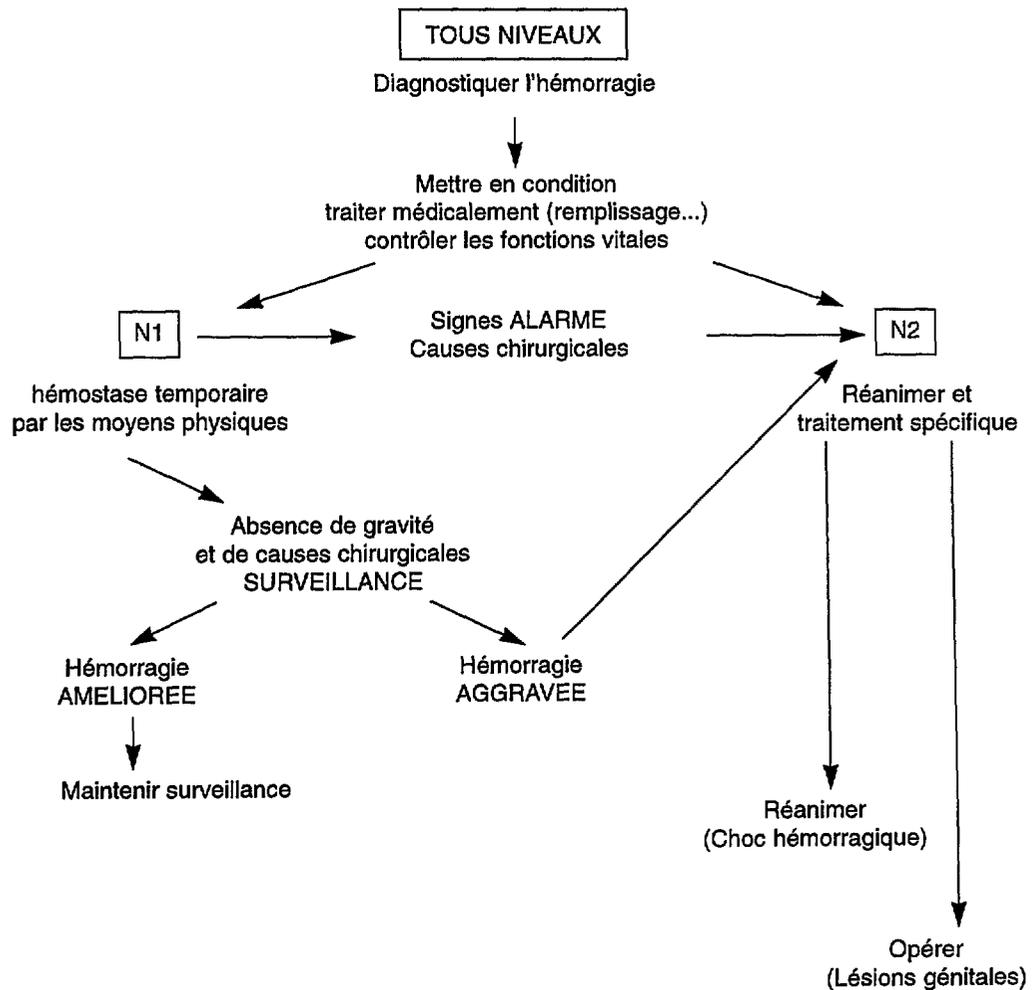
- **Traiter simultanément la cause de l'hémorragie** : si elle relève d'un traitement chirurgical (lésions génitales, ruptures utérines, placenta préavia...) (voir chapitres correspondants).

• **Surveiller le traitement** sur :

- l'état de conscience ;
- la fréquence respiratoire et cardiaque ;
- l'état circulatoire (tension artérielle, pouls, coloration téguments...) ;
- la diurèse (sonde vésicale).

• **Dans les suites d'hémorragie grave** : rechercher et traiter ou transférer les complications sévères de l'hémorragie du post-partum (l'insuffisance rénale aiguë, l'œdème aigu du poumon, les troubles de la coagulation et les autres complications ischémiques (cœur, hypophyse...)).

CAT GENERALE DEVANT UNE HEMORRAGIE



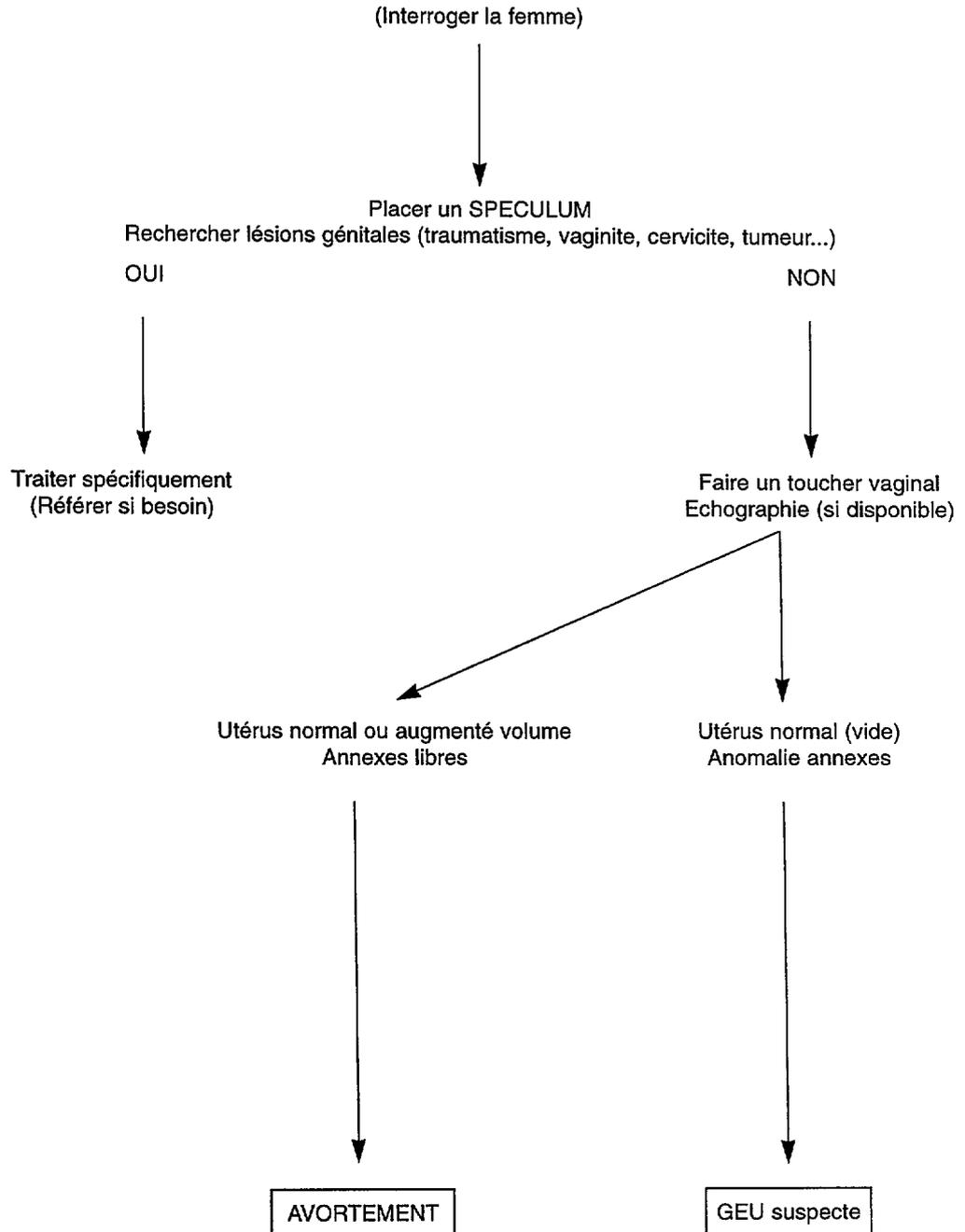
II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE

A. CONDUITE A TENIR GENERALE

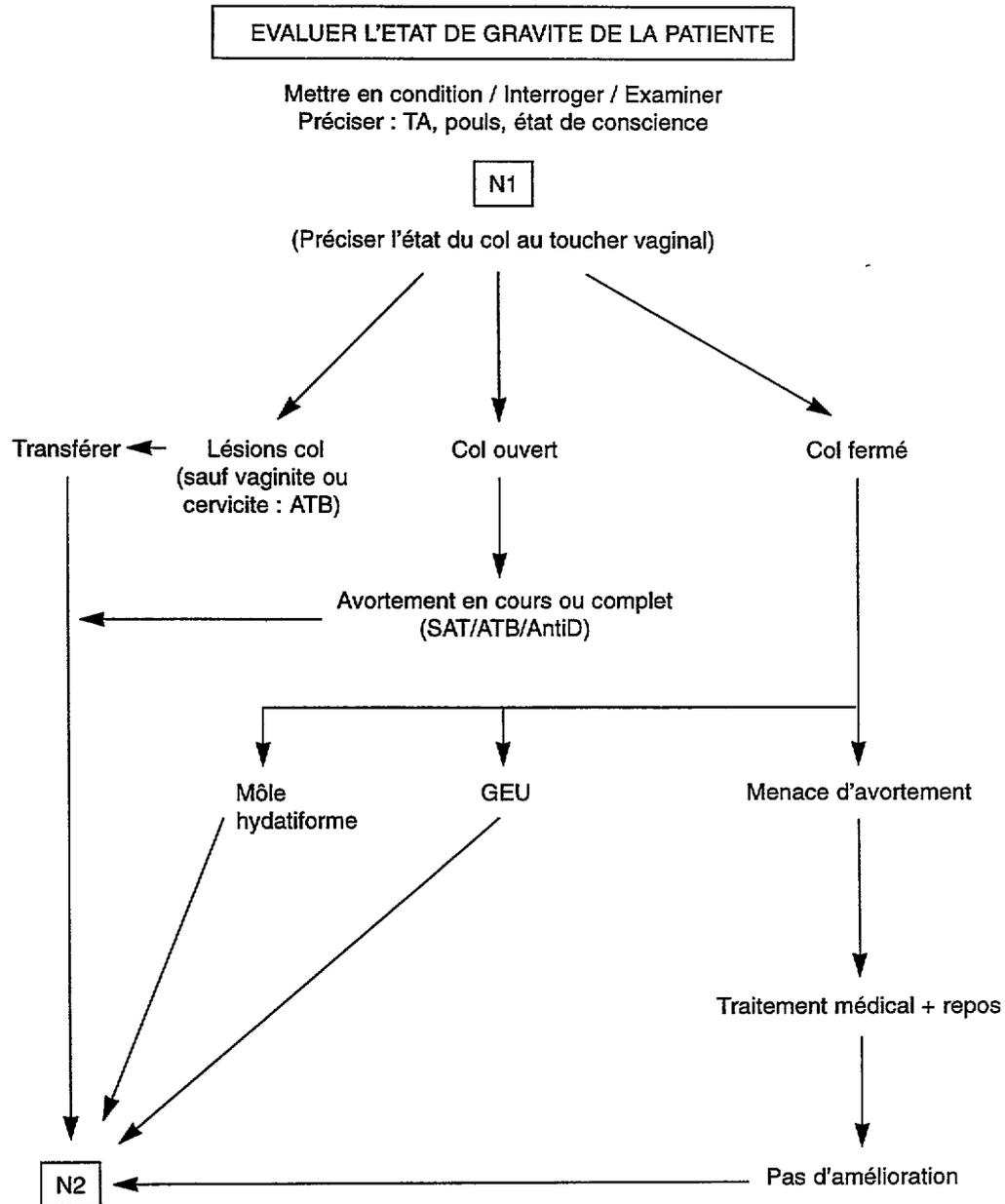
1. Evaluer rapidement l'état général de la patiente (fonctions vitales) et agir en conséquence.
2. Mettre en condition la patiente et la traiter médicalement en fonction de son état.
3. Rechercher les causes :
 - gravidiques (avortement et la grossesse extra-utérine) ou
 - non-gravidiques (lésions génitales basses).
4. Opérer ou transférer dans de bonnes conditions (voir annexe 2) si la cause est chirurgicale.
5. Noter et faire accompagner la femme lors de son transfert sur une fiche : identité, signes cliniques à l'admission, les entrées (perfusions, transfusions...) et les sorties (diurèse) de la patiente ainsi que tous les traitements reçus.
6. Démarrer une antibiothérapie à large spectre adaptée au cas si la patiente est infectée.
7. Administrer des antalgiques ou des antispasmodiques si la femme souffre de douleurs.
8. Examiner minutieusement tout produit d'expulsion (rechercher le trophoblaste et les vésicules molaire...).

NB : Administrer 1 ampoule de GAMMA GLOBULINES ANTI-D chez toute femme Rhésus négatif, en cas d'avortement ou de grossesse extra-utérine.

DIAGNOSTIC GENERAL : HEMORRAGIE DE DEBUT DE GROSSESSE*



CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DE DEBUT DE GROSSESSE*



* Ces algorithmes pratiques concernent surtout les formes typiques du diagnostic clinique.

B. CONDUITE A TENIR SPECIFIQUE

1. Devant un AVORTEMENT

a. Conduite à tenir devant une menace d'avortement

- Conduite diagnostique : rechercher :
 - Hémorragies génitales, souvent continues, après un retard des règles (préciser la date des dernières règles et l'abondance des saignements).
 - Douleurs pelviennes sous forme de crampes utérines rythmées.
 - Au spéculum : une hémorragie qui vient de la cavité utérine.
 - Au toucher vaginal :
 - un utérus mou grvide correspondant à l'âge de la grossesse ;
 - un col fermé, parfois perméable à la pulpe ;
 - des culs de sacs libres et non douloureux.
 - L'échographie abdominale (si elle est disponible et l'état de la femme le permet) : précise l'état de la grossesse et oriente le diagnostic.
- Conduite à tenir thérapeutique : mettre la femme sous :
 - Repos au lit et antispasmodiques (voie orale ou rectale).
 - Progestérone naturelle : par voie vaginale pour la grossesse jeune (inférieure à 10 semaines) et per os au-delà, si la grossesse est évolutive et qu'il existe une insuffisance lutéale.
 - Ne pas tocolyser.
- Surveiller sous traitement :
 - L'arrêt de l'hémorragie, ou
 - Son aggravation : l'hémorragie augmente ou persiste, et c'est l'avortement inévitable.

b. Conduite à tenir devant un avortement inévitable

- Conduite à tenir diagnostique : rechercher :
 - Une hémorragie plus importantes avec caillots.
 - Des crampes utérines plus intenses et plus rapprochées.
 - Au toucher vaginal : un col ouvert avec parfois des débris ovulaires.
- Conduite à tenir thérapeutique : dépend de l'âge gestationnel (date des dernières règles et examen clinique).

→ Avant 12 semaines :

- N1 :

- s’abstenir, si le saignement est modéré et l’expulsion complète et spontanée,
- activer la descente en dehors de la cavité de l’œuf protubérant à travers le col et qui saigne beaucoup, par une pince à « faux germes »,
- transférer au N2 le plus proche, si rétention, après mise en condition.

- N2 : pratiquer un curetage aspiratif des restes placentaires et vérifier la vacuité utérine.

→ Au-delà de 12 semaines : gérer l’avortement tardif comme un accouchement.

- N1 :

- mettre en condition la patiente et la transférer immédiatement au N2 ou N3 le plus proche, sauf expulsion imminente, terminer l’avortement, délivrer la femme et la transférer au moindre signe d’aggravation (voir annexe 2),
- faire un curage digital si rétention et placer ou maintenir la perfusion d’ocytocine, si indiquée auparavant.

- N2 :

- placer une perfusion d’ocytocine (10 unités internationales d’ocytocine dans 500 cc de sérum salé, au débit de 20 à 30 gouttes/mn).
- s’il persiste une hémorragie sur rétention placentaire (utérus gros, mou, mal involué), compléter par un curage digital.

c. Conduite à tenir devant un avortement septique

➤ Conduite à tenir diagnostique : rechercher :

- Fièvre de plus de 38 °C avec malaises.
- Douleurs abdominales basses.
- Métrorragies prolongées au-delà de 8 jours.
- Pertes purulentes et fétides.
- Au toucher vaginal : un pelvis douloureux et empâté.
- Signes de gravité :
 - fièvre dépassant 39 °C,
 - nausées et vomissements,
 - crampes abdominales diffuses,
 - abdomen distendu parfois contracture,
 - arrêt des matières et des gaz,
 - signes de choc septique (choc hémorragique avec fièvre élevée).

➤ Conduite à tenir thérapeutique :

- N1 :
 - démarrer en urgence une antibiothérapie à large spectre : bi ou tri-thérapie : (Métronicidazole 1 g + Gentamicine 160 mg + Amoxicilline 2 g par jour),
 - sérum antitétanique (SAT) suivi de vaccination si des manœuvres endo-utérines septiques sont avouées ou diagnostiquées (si la patiente n'est pas vaccinée),
 - transférer vers N2 le plus proche.
- N2 :
 - évacuer l'utérus avec précaution,
 - si perforation utérine : mettre sous antibiotiques et utérotoniques en cas de lésion minime et surveiller,
 - faire laparotomie après mise en condition, pour réparer les lésions abdominales importantes et drainer si nécessaire.

d. Conduite à tenir devant un avortement molaire

➤ Conduite à tenir diagnostique : rechercher :

- Signes sympathiques exagérés de grossesse.
- Discordance entre le volume utérin et l'âge de la grossesse.
- Utérus plus gros que l'âge de la grossesse avec parfois de gros ovaires (kystes lutéiniques).
- Vésicules de différentes tailles, si avortement en cours.
- Images en « flocons de neige » ou « nid d'abeille » avec parfois de gros kystes ovariens, à l'échographie (si disponible et si l'état de la femme le permet).

➤ Conduite à tenir thérapeutique :

- N1 : mettre en condition la femme et la transférer au N2 le plus proche.
- N2 :
 - évacuer l'utérus rapidement de préférence par aspiration sous perfusion d'ocytociques (10 UI d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé à 20 à 30 gouttes/mn),
 - contrôler la vacuité utérine,
 - faire attention à la perforation utérine lors de l'aspiration (utérus gros et fragile).

➤ Conduite à tenir après traitement :

- Surveiller durant l'année qui suit (risque de maladie trophoblastique persistante (môle invasive ou choriocarcinome), par dosage de la bêta.H.C.G. (une fois par semaine pendant 8 semaines, durant lesquelles il doit normalement devenir négatif, puis tous les mois pendant six mois et pendant les neuvième et douzième mois).
- Donner une pilule normodosée, pour éviter toute grossesse pendant un an.

2. Conduite à tenir devant une grossesse extra-utérine

a. Conduite à tenir diagnostique

➤ Grossesse extra-utérine débutante

→ **Clinique** : rechercher :

- Retard de règles (préciser la date des dernières règles).
- Signes sympathiques de grossesse.
- Pertes brunes ou noires.
- Douleurs annexielles du côté de la grossesse extra-utérine.
- Au toucher vaginal : qui est souvent normal, un col fermé et un utérus petit, rarement on palpe une petite masse latéro-utérine douloureuse.

→ **Echographie** (si disponible) montre une ligne cavitaire vide avec épaissement de l'endomètre, parfois une image de faux sac intra-utérin, avec une image échogène annexielle.

→ Le dosage de la **béta.H.C.G.** (si disponible) est positif (taux variables).

→ **Coelioscopie** (si disponible) : montre une dilatation tubaire violacée, avec parfois du sang dans le cul de sac de Douglas.

➤ Grossesse extra-utérine compliquée d'hémorragie ou de rupture :

→ Clinique : rechercher des signes francs mais inconstants et tardifs :

- Aménorrhée, avec métrorragies.
- Douleurs pelviennes variables.
- Abdomen : distendu et sensible.
- Toucher vaginal : douloureux au niveau du cul de sac postérieur.
- Etat de pré-choc ou de choc par hémorragie interne.

→ Echographie (si disponible et l'état de la femme stable) montre un utérus vide, un épanchement du Douglas et parfois l'œuf organisé ou non en dehors de l'utérus.

→ Coelioscopie (si disponible et femme non choquée) : confirme la grossesse extra-utérine rompue avec hémopéritoine d'abondance variable.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 : mettre en condition et réanimer selon l'état de la patiente et transférer en urgence dès suspicion ou diagnostic de grossesse extra-utérine, au N2 ou N3 le plus proche.

➤ N2 : laparotomie en urgence sous anesthésie générale dès diagnostic de grossesse extra-utérine ou signes de choc hémorragie interne :

→ Enlever la trompe (salpingectomie) rompue ou antérieurement malade ou s'il existe un choc hémorragique avec signes de gravité.

ou

→ Inciser et évacuer la trompe intacte et d'apparence saine (salpingostomie) dans le sens longitudinal et évacuer le produit ovulaire, s'assurer de l'hémostase du lit de la grossesse extra-utérine, avant de refermer l'incision, qui peut être laissée telle quelle.

ou

→ Conserver la trompe : dans l'avortement tubaire de l'œuf, si l'état tubaire est bon et que la trompe ne saigne pas.

➤ N3 : la coeliochirurgie : quand elle est possible (équipement, personnel entraîné et état hémodynamique de la femme conservé) : reproduit toutes les étapes de la laparotomie à ventre fermé.

➤ Conduite à tenir post-opératoire :

→ Surveiller : l'état général, la tension artérielle et l'abdomen.

→ Donner des antalgiques s'il existe des douleurs pelviennes.

→ Prévenir les accidents thrombo-emboliques chez les femmes à risque (lever précoce).

→ Mettre sous cyclines : 200 mg/j en une seule prise pendant 3 semaines si infection à chlamydia (confirmée ou suspecte).

→ Donner une contraception œstroprogestative pendant quelques mois avant une nouvelle grossesse.

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL

A. CONDUITE A TENIR GENERALE

➤ N1 :

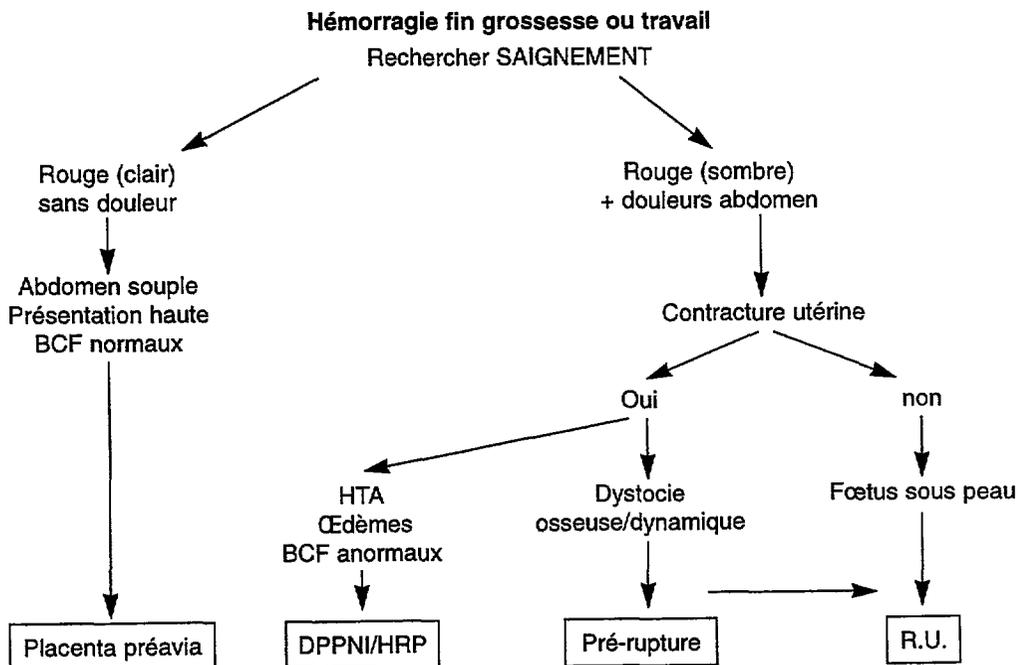
- Evaluer l'état général et les fonctions vitales de la femme, ainsi que l'état du fœtus.
- Mettre la patiente en condition et la traiter selon son état ;
- Ne pas faire de toucher vaginal intra-cervical avant d'avoir éliminé un placenta prévia central qui saigne.
- Transférer la femme accompagnée vers N2 le plus proche.

➤ N2 :

- Hospitaliser la patiente en urgence pour un diagnostic et une prise en charge appropriée.
- Faire le groupage sanguin de la femme et demander en urgence un bilan et du sang fractionné en fonction des besoins.

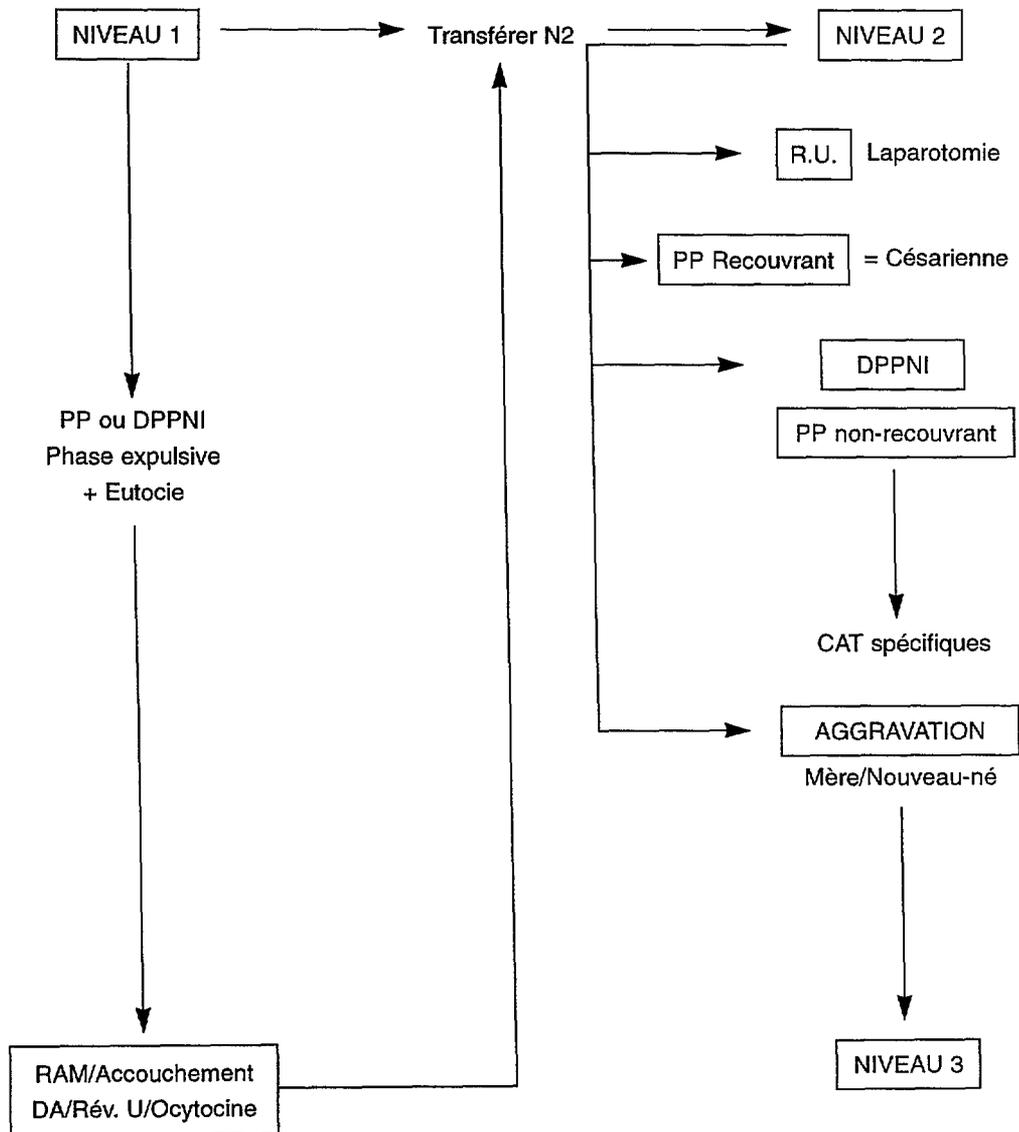
Tableau d'orientation diagnostique

Diagnostic	Placenta prévia	Hématome rétro-placentaire/DPPNI	Rupture utérine
Antécédents	Métrorragies	HTA/Œdèmes Bas niveau socio-économique Traumatisme utérin Versions Manœuvres	Césarienne Dystocie Manœuvres
Hémorragie	Rouge	Noire	Noire ou rouge
Douleur abdomen	Non	Oui Constantes ou non	Intenses avant Hm arrêt à la RU
Palpation utérus	Abdomen souple	Hypertonie Présentation haute	Anneau Fœtus s/s peau
Bruits cœur fœtaux	Normaux	Anormaux ou négatifs	Souvent négatifs
Etat choc	En rapport avec HM	Discordant avec métrorragie HM interne	

CAT DIAGNOSTIQUE GENERALE

CAT THERAPEUTIQUE GENERALE

Mettre en condition la femme



En pratique : Au N1 : mettre en condition la patiente et la transférer en Urgence au N2 le plus proche, **sauf si elle est en phase expulsive**, membranes accessibles : rompre les membranes, terminer l'accouchement, délivrer la patiente sous perfusion d'Ocytociques puis la transférer après mise en condition.

B. CONDUITE A TENIR SPECIFIQUE

1. Conduite à tenir devant un placenta préavia

a. Conduite à tenir diagnostique : rechercher :

> Métrorragies :

- Sang rouge plus ou moins abondant, survenant au repos ou durant une activité normale, sans douleur, en un ou plusieurs épisodes.
- Un état de choc corrélé à l'importance de l'hémorragie extériorisée.

> Les autres signes :

- Utérus est souple.
- Présentation souvent haute dans l'utérus (dystocique).

> ATTENTION :

Poser soigneusement un spéculum vaginal pour éliminer les autres causes de saignements cervico-vaginaux (infection, traumatisme, cancer...).

NE JAMAIS faire un toucher vaginal pressé et intra-cervical à la recherche du placenta, si la femme n'est pas mise en condition et dans un centre obstétrico-chirurgical.

> L'échographie (si disponible et l'état de la femme le permet) confirme le diagnostic, classe le placenta préavia et renseigne sur le bien-être fœtal.

b. Conduite à tenir thérapeutique

> N1 :

- La femme n'est pas en travail : mettre en condition la femme et la transférer en urgence vers le N2 le plus proche.
- La femme en travail : rompre largement les membranes, si le saignement est important, le col dilaté, le placenta préavia non recouvrant et les membranes accessibles et terminer rapidement l'accouchement sous perfusion d'ocytocine, si la parturiente est en phase d'expulsion.
- Pratiquer une délivrance artificielle.
- Surveiller le saignement.
- Si le saignement s'arrête, s'abstenir et surveiller : la tension artérielle, le globe de sécurité, le saignement et la diurèse.
- Si l'hémorragie persiste ou reprend : maintenir la perfusion d'ocytocine, et transférer au N2 le plus proche (voir annexe 2).

➤ N2 :

- Hospitaliser la patiente, gérer la situation en fonction de l'état de la femme, faire une échographie (foetale et placentaire), si elle est disponible et que l'état de la mère le permet : puis,
- Moduler la prise en charge obstétricale en fonction de l'importance du saignement, du terme et des conditions obstétricales :

➤ En fin de grossesse :

- Rompre artificiellement les membranes si le saignement est important et les membranes accessibles, et terminer l'accouchement par voie basse. Sinon :
- Césariser la femme si :
 - le placenta préavia est recouvrant,
 - l'hémorragie persiste ou s'aggrave malgré la rupture artificielle des membranes,
 - il existe une dystocie ou une souffrance foetale.
- Maintenir l'hospitalisation et la surveillance vigilante : si le saignement est stabilisé, attendre le terme pour terminer l'accouchement.
- Indiquer, à l'arrêt du saignement si nécessaire et sous surveillance : repos au lit, tocolyse (béta-mimétiques) selon le cas et sous surveillance, et antibiothérapie.

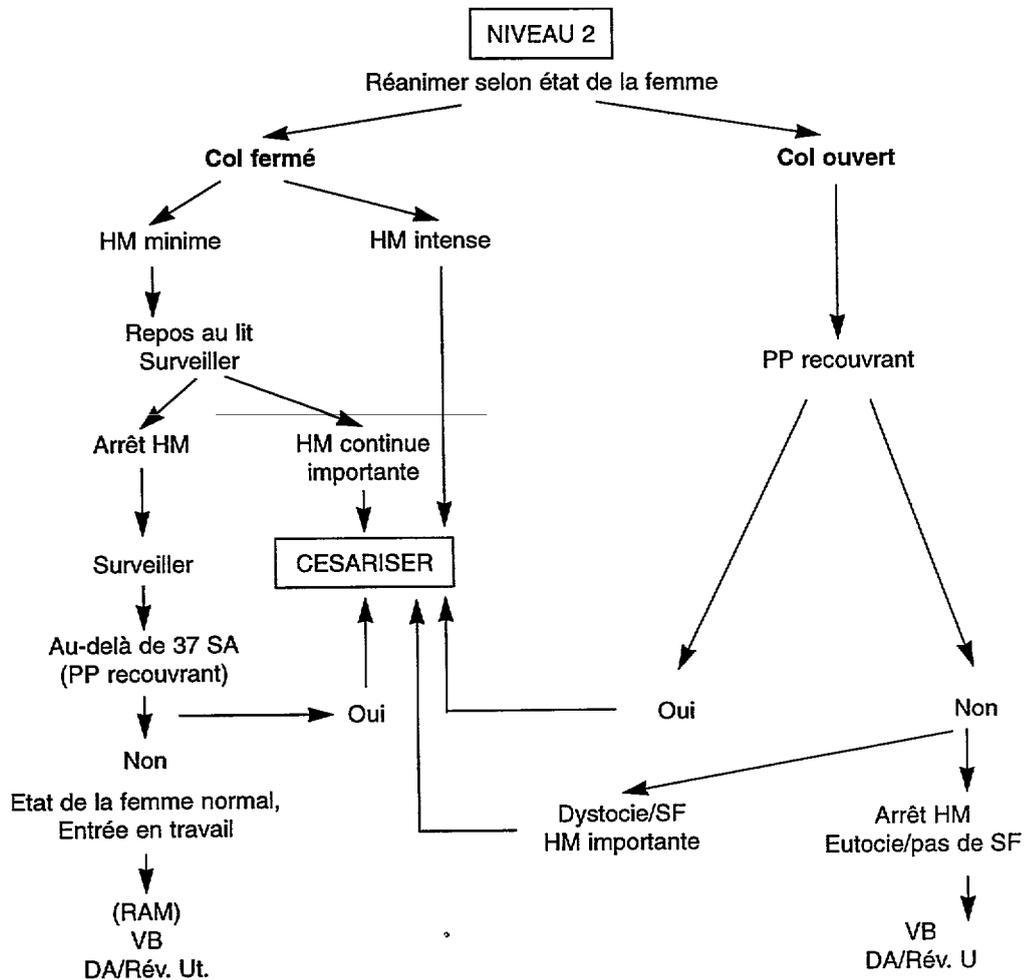
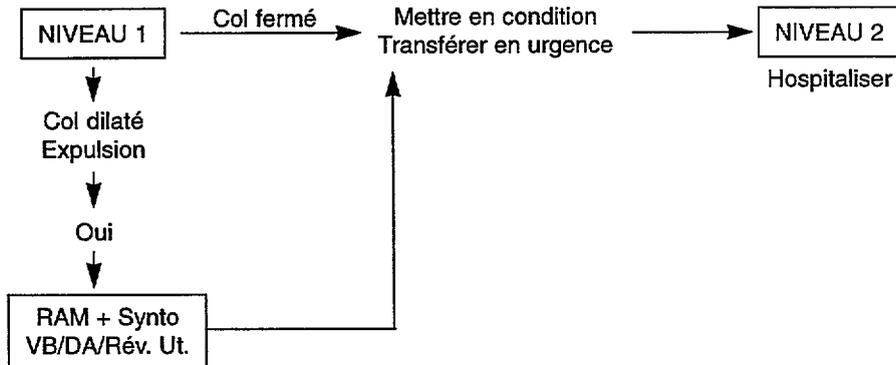
➤ En cours de travail :

- Accoucher par voie basse : si
 - hémorragie minime sans altération de l'état de la mère,
 - placenta préavia non recouvrant et membranes accessibles : rompre artificiellement les membranes.
 - présentation céphalique basse et comprime le placenta préavia, et
 - pas de souffrance foetale,
 - remettre le nouveau-né au pédiatre le plus vite possible.
- CESARISER tous les autres cas.

c. Conduite à tenir post-thérapeutique

- Surveiller l'accouchée de façon stricte : état général, tension artérielle, globe de sécurité, diurèse et saignement avec des caillots, quel que soit le mode d'accouchement (prévention de l'hémorragie de la délivrance).
- Remettre le plus vite possible au pédiatre le nouveau-né de mère à placenta préavia (risques d'anémie, d'hypoxie, de prématurité et / ou d'hypotrophie).

CAT DEVANT UN PLACENTA PRAVIA



1. Conduite à tenir devant un décollement prématuré du placenta normalement inséré

a. Conduite à tenir diagnostique : rechercher

- Métrorragies : de sang foncé, minime ou nul, parfois rouges.
- Douleurs utérines : constantes et brutales survenant en dehors de tout travail.
- Absence de relâchement de l'utérus (hypertonie).
- Etat de choc : dans les formes graves et évoluées, en discordance avec un saignement minime.

NB : Les patientes antérieurement hypertendues peuvent avoir une tension artérielle normale, alors qu'elles sont en état de pré-choc.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 :

- Rompre largement les membranes si le col est ouvert, mettre en condition et évacuer la patiente vers le N2 le plus proche.
- Terminer rapidement l'accouchement : si la femme est en phase expulsive, faire délivrance artificielle et révision utérine, placer une perfusion d'ocytocine et transférer vers le N2 le plus proche (voir annexe 2).

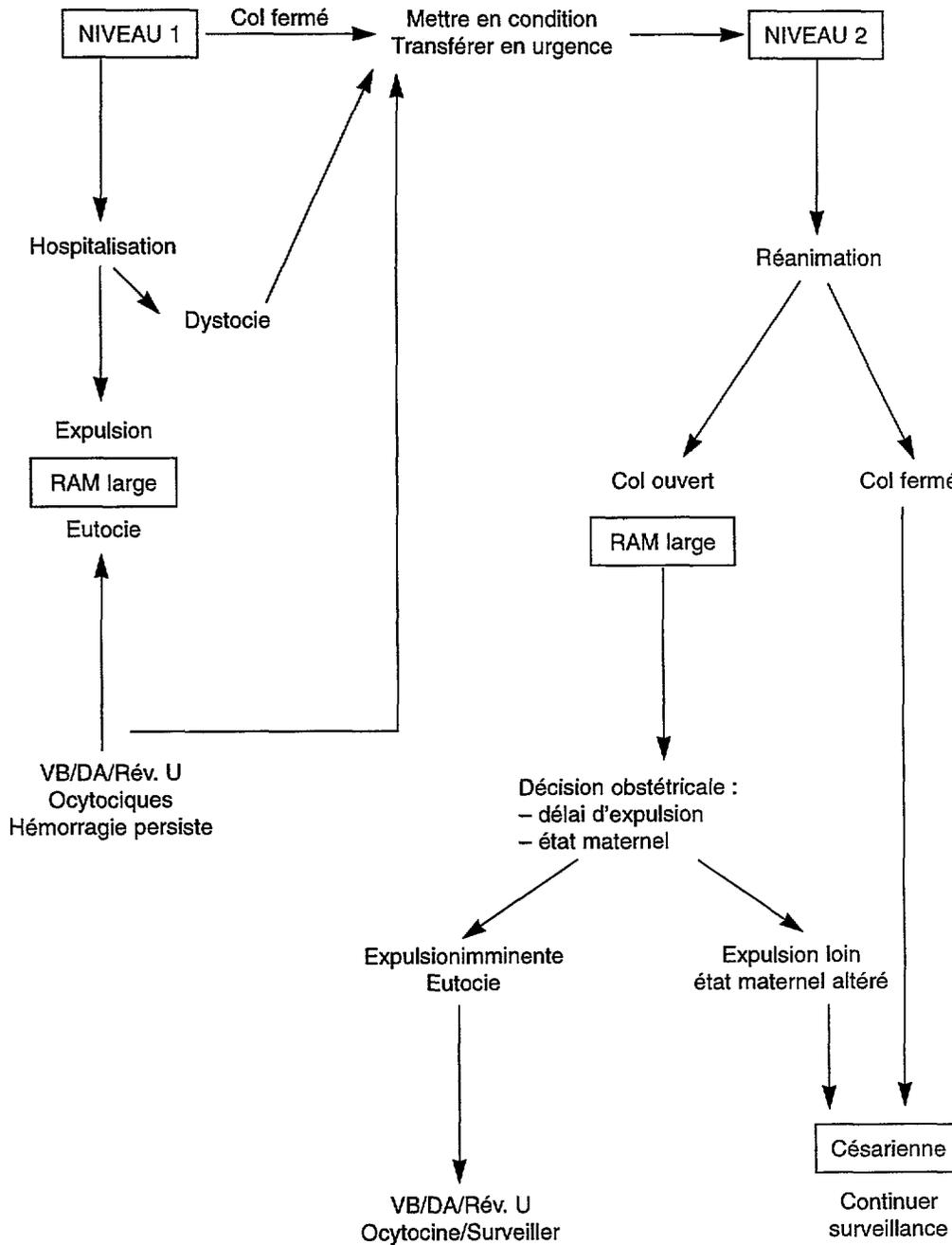
➤ N2 :

- Hospitaliser la femme.
- Evaluer rapidement : l'état fœtal et obstétrical (dilatation, présentation...).
- **Evacuer l'utérus le plus vite possible, quel que soit l'âge gestationnel**, lorsqu'il existe un état de choc, parallèlement à la mise en condition de la parturiente
- Césariser : si le col est fermé, s'il existe une dystocie ou une souffrance fœtale, ou à dilatation débutante (inférieur à 3 cm) après rupture artificielle des membranes.
- Accoucher par voie basse si travail avancé :
 - rompre les membranes : si le col est ouvert, puis
 - terminer l'accouchement si expulsion imminente et eutocie,
 - maintenir la perfusion d'ocytocine dans les suites d'accouchement (quel que soit le mode).

c. Conduite à tenir post-thérapeutique

- Surveiller de façon stricte (quel que soit le mode d'accouchement) :
 - l'état général, le globe de sécurité et le saignement à travers l'examen de la garniture,
 - la tension artérielle, le pouls et la diurèse.
- Remettre le plus vite possible le nouveau-né au pédiatre.

CAT DEVANT DECOLLEMENT PREMATURE D'UN PLACENTA NORMALEMENT INSERE (DPPNI)



3. Conduite à tenir devant une rupture utérine

a. Conduite à tenir diagnostique

Penser toujours à la rupture utérine devant des douleurs utérines avec hémorragie ou choc maternel.

➤ Rechercher rapidement à l'interrogatoire les situations à risque élevé de rupture utérine :

- utérus fragilisé (multiparité, malnutrition...);
- traumatisme utérin (expressions utérines intempestives, extractions instrumentales mal exécutées et/ou manœuvres endo-utérines (versions / délivrance artificielle / révision utérine / curetages...);
- travail obstructif non diagnostiqué et prolongé;
- utilisation intempestive et non contrôlée d'ocytocine ou de prostaglandines;
- utérus cicatriciel (gynécologique mais surtout obstétricale).

➤ Diagnostic des ruptures utérines en cours de dilatation :

→ Sur utérus sain : et travail dystocique: rechercher

- La pré-rupture : des douleurs abdominales importantes, un mauvais relâchement utérin (anneau de rétraction médio-utérin).
- La rupture consommée : des douleurs intermittentes qui persistent et l'hémorragie qui s'installe, le fœtus est retrouvé en dehors de l'utérus dans la cavité abdominale.
- Etat de choc rapide en discordance avec le saignement faiblement extériorisé, parce que l'hémorragie est interne.

→ Sur utérus cicatriciel : rechercher

- La pré-rupture : une douleur de la cicatrice utérine et agitation.
- La rupture consommée : une douleur persistante et accompagnée de saignement.

➤ **Diagnostic des ruptures utérines en cours d'expulsion**

Devant toute hémorragie de la délivrance, faire une révision utérine systématique au moindre doute.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 :

Transférer la femme vers le N2 le plus proche et dans les meilleurs délais possibles : le choc hémorragique, quand il s'installe, est brutal et grave.

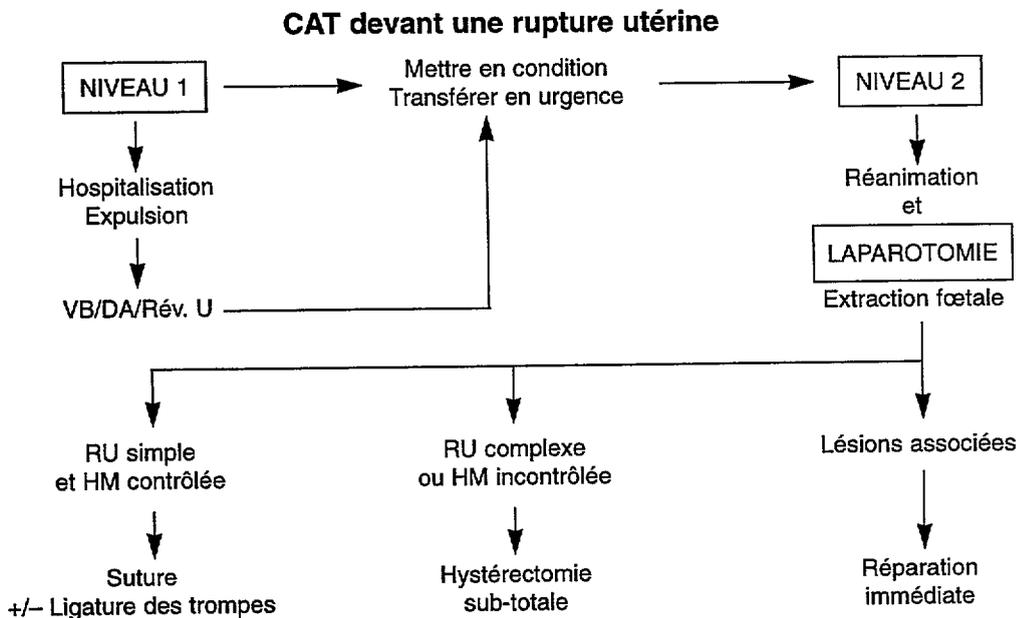
- Mettre la patiente en condition et la transférer en urgence vers le N2 le plus proche, si elle est en dehors ou au début du travail.
- Arrêter toute perfusion d'ocytocine si elle existait, mettre une perfusion de sérum salé et administrer une antibiothérapie (Amoxicilline par exemple).
- Terminer rapidement l'accouchement, si l'expulsion est imminente avec délivrance artificielle et révision utérine avant de la transférer, après mise en condition (voir annexe 2).

➤ **N2 : toute rupture utérine doit être opérée :**

- Opérer la femme simultanément à sa mise en condition.
- **SUTURER** l'utérus : si désunion ou petite rupture utérine (peu étendue ou sous séreuse : incomplète).
- Faire une ligature des trompes, si la patiente est grande multipare ou si l'état de l'utérus conservé ne permet pas une autre grossesse (prévenir la femme ou sa famille).
- Faire une hystérectomie sub-totale : si le délabrement utérin ou l'hémorragie sont importants ou si la déchirure est complexe.
- Elle sera totale si les lésions s'étendent en bas vers le col et le vagin (chirurgien expérimenté en chirurgie gynécologique).

NB :

- Vérifier toujours **l'absence de lésions urinaires** (vessie et uretères) ; si elles existent, les réparer dans le même temps opératoire.
- Remettre le nouveau-né vivant d'une rupture utérine le plus vite possible au pédiatre.

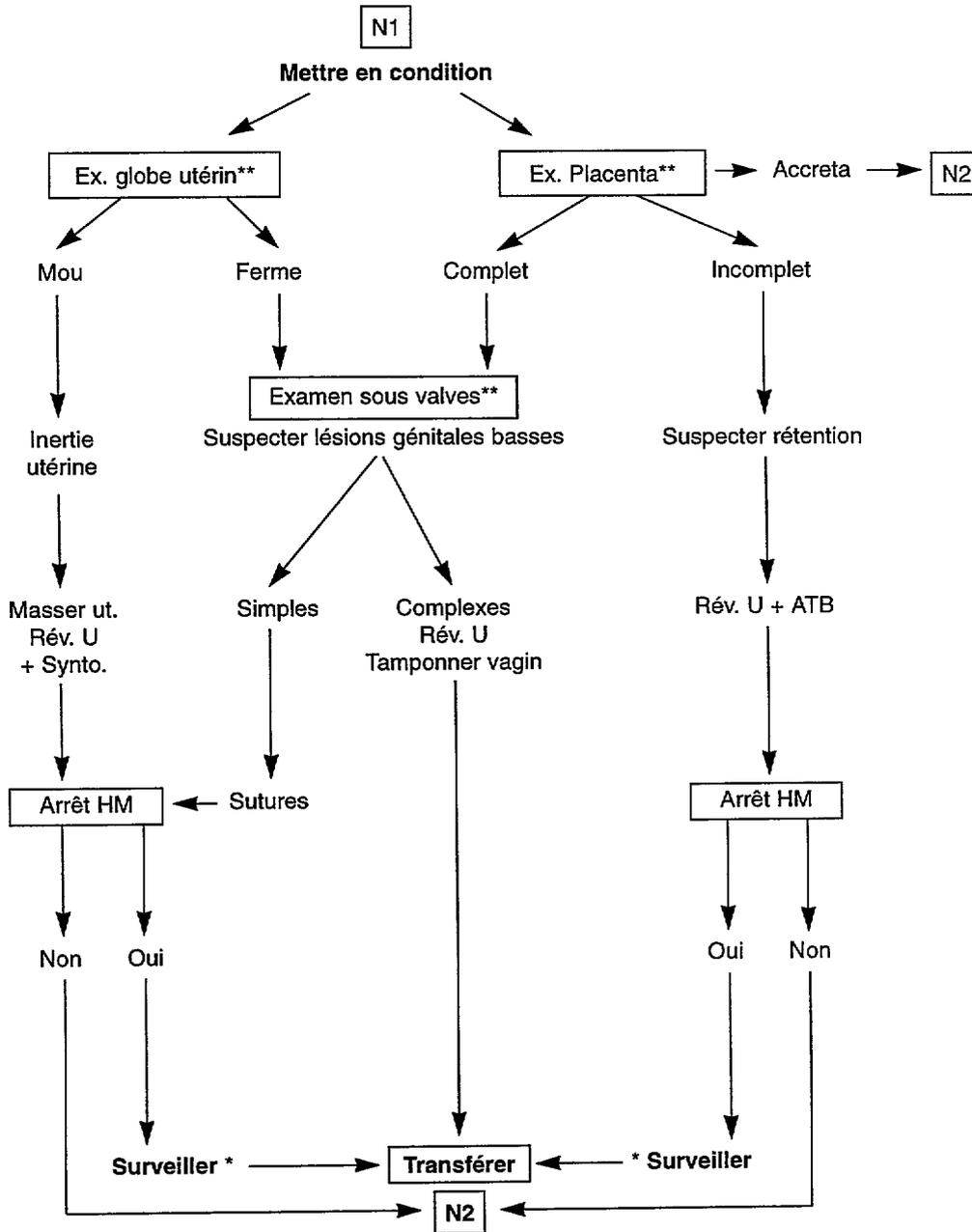


IV. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

A. CONDUITE A TENIR GENERALE devant une hémorragie du post-partum

- Hospitaliser en urgence la parturiente ou la réadmettre si elle est sortie de la structure d'accouchement et qu'elle saigne.
- Evaluer rapidement l'état général de femme et ses fonctions vitales, puis :
 - réanimer la femme en fonction de ses pertes de sang,
 - examiner sous valves et faire une révision utérine,
 - faire une délivrance artificielle, si le placenta est encore dans l'utérus,
 - masser l'utérus pour le maintenir ferme en plus de la perfusion ou l'injection murale d'ocytocine (voir annexe 5),
 - éviter de bander le ventre de la femme ou se contenter de la pose d'un sac de sable, et contrôler la persistance du globe de sécurité,
 - placer une sonde urinaire,
 - noter les pertes de sang, ainsi que les entrées (sérums, cristalloïdes, sang...).
- Surveiller de façon stricte l'évolution de la patiente.
- Transférer toute femme après mise en condition :
 - qui n'a pas délivré après 30 mn et chez laquelle le placenta colle totalement ou partiellement à l'utérus,
 - qui continue à saigner, malgré les soins qui lui sont prodigués,
 - qui présente une cause chirurgicale au saignement,
 - qui saigne secondairement (24 heures après l'accouchement).

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM



* Transférer au moindre problème.

** Examiner systématiquement quelle que soit la cause.

B. CONDUITE A TENIR SPECIFIQUE devant une hémorragie du post-partum

1. Conduite à tenir devant une rétention placentaire

a. Conduite à tenir diagnostique : préciser l'absence :

- D'expulsion du placenta 30 mn après l'accouchement.
- D'un ou de plusieurs cotylédons de la surface maternelle placentaire, à l'examen du placenta.

b. Conduite à tenir thérapeutique

> N1 :

- Mettre en condition.
- Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (valves et la révision utérine).
- Faire une délivrance artificielle douce : sortir le placenta après l'avoir décollé, ou les cotylédons restants, sans s'acharner.
- Transférer au N2 le plus proche, si le (ou les) cotylédons et/ou tout le placenta collent, saignent et ne viennent pas de façon facile à la révision.

> N2 :

- Faire une délivrance artificielle si rétention placentaire et une révision utérine.
- Opérer la femme pour la délivrer (si le cotylédon ou le placenta colle en profondeur au myometre), faire une hystérectomie d'hémostase si le saignement n'est pas tari.

2. Conduite à tenir devant une inertie utérine

a. Conduite à tenir diagnostique : préciser :

Un globe de sécurité absent, un utérus flasque et qui remonte très haut, saignement et état de choc (peut-être le premier signe).

b. Conduite à tenir thérapeutique

> N1 :

- Mettre en condition la femme, la remplir au sérum salé selon son état.
- Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (valves et la révision utérine), et les traiter éventuellement sans perdre de temps, puis :
- Transférer la patiente le plus vite possible au N2 le plus proche sous perfusion d'ocytocine en maintenant le massage de l'utérus ; s'aider de compression de l'aorte abdominale (par le point sur l'ombilic), si l'hémorragie persiste pendant le transfert (voir annexe 5).

➤ **N2 :**

- Hospitaliser et traiter le choc selon l'état de la femme.
- Arrêter la cause du saignement, simultanément à la réanimation :
 - pratiquer une révision utérine,
 - suturer les déchirures cervico-vaginales.
- Utiliser l'ocytocine en perfusion en plus du massage utérin, si inertie utérine.
- Si le saignement persiste malgré toutes les tentatives : opérer la femme pour arrêter l'hémorragie (ligaturer les vaisseaux utérins ou hypogastriques, sinon pratiquer une hystérectomie d'hémostase en dernier recours).

3. Conduite à tenir devant des saignements cervico-vaginaux

a. Conduite à tenir diagnostique

Rechercher systématiquement les lésions cervico-vaginales chez toute patiente qui saigne et qui a un bon globe de sécurité et dont le placenta est complet à l'examen.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ **N1 :**

- Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (valves et révision utérine).
- Suturer les lésions cervicales ou vaginales simples après s'être assuré de la vacuité utérine.
- Tamponner le vagin avec des compresses, des mèches ou des petits champs : si le saignement est diffus sans lésions décelables.
- Tracter le col par des pinces à faux germes si l'hémorragie ne s'arrête pas en tordant le col, maintenir pendant 10 mn et révérifier.
- Mettre en condition et transférer en urgence vers le N2 le plus proche : si l'hémorragie est importante ou accompagne une inertie utérine, ou si les lésions cervico-vaginales sont complexes.

➤ **N2 :**

Suturer ou opérer la femme pour arrêter l'hémorragie : l'indication est fonction des lésions constituées (hautes ou basses).

4. Conduite à tenir devant une hémorragie secondaire du post-partum (au-delà de 24 heures après un accouchement)

a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Hémorragie de sang continu et rouge, qui survient dans les 24 heures qui suivent un accouchement qui s'est passé sans problèmes apparents.

- Utérus gros, mal involué et flasque, des lochies fétides, avec fébricule ou fièvre.

b. Conduite à tenir thérapeutique :

- **N1** : Mettre en condition et transférer au N2, sous perfusion et antibiotiques à large spectre si fièvre.
- **N2** : Rechercher la cause de l'hémorragie et la traiter en fonction (voir chapitres correspondants).

TROISIEME CHAPITRE

LE TRAVAIL DYSTOCIQUE

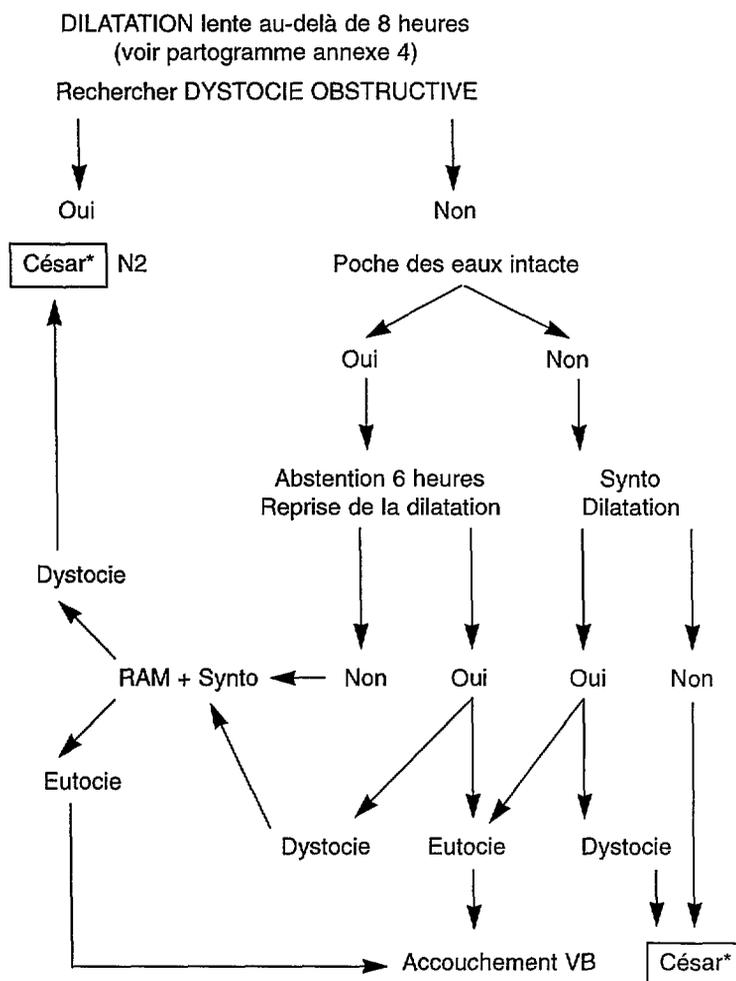
I. CONDUITE A TENIR GENERALE

- Evaluer l'état général de la parturiente (antécédents, terrain, tension artérielle, pouls, température et état de la conscience...), rechercher si elle souffre, si elle est angoissée ou épuisée.
- S'assurer qu'elle est en travail vrai (contractions utérines et dilatation cervicale).
- Rechercher une obstruction évidente :
 - bassin rétréci, disproportion fœto-pelvienne, présentation dystocique transférer : N2 pour césarienne ;
 - sinon : rompre les membranes et utiliser la perfusion d'ocytocine surveillée et augmentée progressivement à la demande durant un délai raisonnable (voir annexe 5).
- Utiliser et établir le suivi sur le PARTOGRAMME pour identifier les problèmes de la progression du travail, ainsi que les décisions à prendre pour l'urgence et le transfert (voir annexe 4).
- Réguler la prise en charge en fonction de l'évolution :
 - accoucher par voie basse, si tous les paramètres sont normaux (maternels et fœtaux) ;
 - transférer au N2 le plus proche pour césarienne : si dystocie de dilatation ou de progression fœtale ou souffrance fœtale.

CAT DEVANT UN TRAVAIL DYSTOCIQUE

N1 : FEMME EN TRAVAIL = COL DILATE + CU

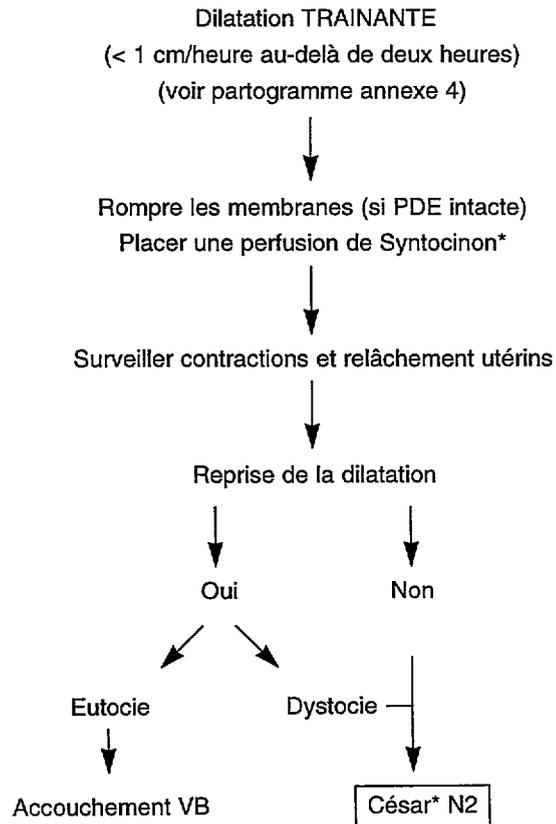
CAT DEVANT UNE DYSTOCIE DE DEMARRAGE (< 3 cm)



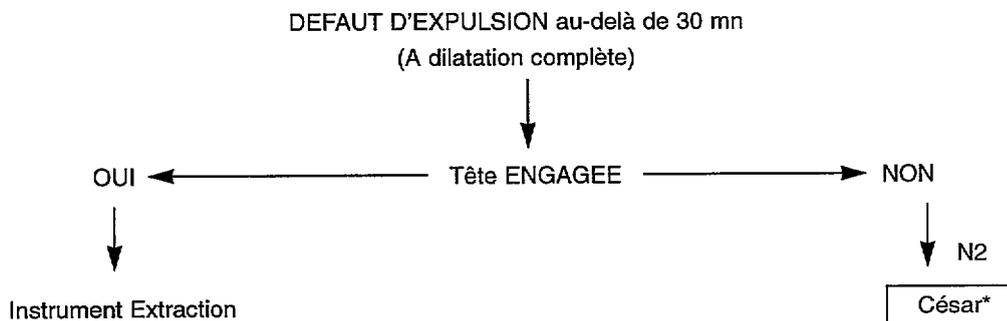
* **César*** : Transférer en urgence du N1 au N2 dès diagnostic et mise en condition de la parturiente.

CAT DEVANT UNE DYSTOCIE DE LA PHASE ACTIVE DU TRAVAIL

(entre 4 et 9 cm)



CAT DEVANT UNE DYSTOCIE D'EXPULSION



II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSTOCIE DYNAMIQUE

A. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSTOCIE DE DILATATION

1. Conduite à tenir devant une dystocie de la phase de latence (phase de démarrage)

a. Conduite à tenir diagnostique : l'utilisation du partogramme permet de faire le diagnostic de dystocie

Préciser que :

- le travail est vrai ;
- la dilatation est inférieure à 3 cm ;
- la dilatation stagne au-delà de 8 heures.

b. CAT thérapeutique

➤ N1 :

- Eliminer une dystocie mécanique (osseuse ou disproportion fœto-pelvienne).
- Placer une perfusion d'ocytocine à débit progressif (16, 20, 25 puis 30 gouttes/mn) et sous contrôle des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal.
- Démarrer un antibiotique (AMOXICILLINE 2 g/j par exemple), si rupture prématurée des membranes supérieure à 12 heures.
- Transférer la femme vers le N2 le plus proche, au moindre problème.

➤ N2 :

- Hospitaliser la parturiente.
- Etablir un suivi sur partogramme (voir annexe 4).
- Réexaminer la parturiente 6 heures après : si la poche des eaux est intacte et le rythme cardiaque fœtal normal :
 - situation similaire : faux travail ou erreur de terme ;
 - modification du col (effacement et dilatation) et apparition de contractions utérines : rompre artificiellement les membranes et activer la femme par une perfusion d'ocytocine (en dehors des contre-indications usuelles).
- Césariser si la poche des eaux est rompue (au-delà de 24 heures) et/ou dystocie persistante ou souffrance fœtale.

2. Conduite à tenir devant une dystocie de la phase active

a. Conduite à tenir diagnostique : préciser que :

- le col est dilaté entre 4 et 9 cm ;
- la dilatation stagne au-delà de deux heures.

b. Conduite à tenir thérapeutique**➤ N1 :**

- Eliminer les autres causes de dystocie obstructive (dystocie osseuse / disproportion foeto-pelvienne).
- Rompre artificiellement les membranes et placer une perfusion d'ocytocine contrôlée (sur rythme cardiaque fœtal et relâchement utérin) et progressive pendant deux heures et réexaminer la parturiente (voir annexe 5).
 - Accoucher par voie basse si l'évolution est normale
 - Transférer vers le N2 le plus proche si la femme stagne en dilatation.

➤ N2 :

- Accoucher par voie basse si le travail et la progression fœtale sont normaux, et qu'il n'existe ni dystocie mécanique ni souffrance fœtale.
- Césariser si dystocie persistante et/ou souffrance fœtale.

B. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSTOCIE D'EXPULSION**1. Conduite à tenir diagnostique ; préciser que :**

- la parturiente est à dilatation complète (10 cm) au-delà de 30 mn ;
- il existe un défaut d'expulsion avec ou sans engagement au-delà de 30 mn, malgré la perfusion d'ocytociques bien conduite et surveillée.

2. Conduite à tenir thérapeutique**➤ N1 :**

- Transférer la femme vers le N2 le plus proche si la tête n'est pas engagée au-delà de 30 mn.
- Terminer l'accouchement par voie basse si engagement, en faisant pousser la parturiente et en s'aidant d'une ventouse de dégagement (tête à la vulve) et d'une épisiotomie.

➤ N2 :

- Terminer l'accouchement par voie basse : si la tête est engagée, s'aider à l'extraction par un instrument (ventouse ou forceps) selon l'expérience de l'accoucheur(se), et d'épisiotomie.
- Césariser : s'il n'y a pas d'engagement de la tête au-delà de 30 mn, ou s'il existe une souffrance fœtale.

NB : faire attention à la **dystocie progressive des grandes multipares** (fœtus de plus en plus gros et utérus de plus en plus fragilisé par la grande multiparité) pour l'usage de ocytocine (risque accru de rupture utérine).

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSTOCIE MECANIQUE

A. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSTOCIE OSSEUSE

1. Conduite à tenir diagnostique

a. En dehors du travail

- **Rechercher à l'interrogatoire** les antécédents de :
 - petite taille (inférieure à 1,50 mètre), fractures du bassin, boîterie ;
 - accouchements longs et difficiles, avec extractions instrumentales (ventouse, forceps) et délabrements du périnée ;
 - césarienne pour dystocie.
- **Préciser à l'examen :**
 - présentation : longitudinale (verticale) ;
 - tête foetale : au détroit supérieur (arrondie, dure et régulière) ;
 - descente de la tête dans l'excavation (haute, mobile, amorcée ou engagée) ;
 - état du col utérin : effacement, dilatation et ampliation du segment inférieur ;
 - Bassin osseux normal avec :
 - lignes innominées non suivies sur plus des deux tiers ;
 - arc antérieur : arrondi ;
 - épines sciatiques non saillantes ;
 - toucher profond en direction du promontoire, ne l'atteint pas.
 - ogive pubienne ouverte (supérieure à 90°).
- **Faire des examens complémentaires :** devant tout bassin qui semble anormal sur le plan clinique (si disponibles) :
 - **Echographie** pour :
 - mesurer la biométrie foetale (diamètres bipariétal et abdominal transverse, longueur du fémur...),
 - confirmer le type de présentation,
 - donner le degré de déflexion de la tête et la position du dos (en cas de siège),
 - préciser l'absence de malformations,
 - préciser le bien-être foetal, l'état du liquide amniotique et l'état du placenta (topographie, maturité, épaisseur).
 - **Radio-pelvimétrie :**

Préciser les diamètres utiles du bassin, importants pour le pronostic de l'accouchement et de sa conduite pratique (promonto rétro-pubien, bisciatique...).

b. Conduite à tenir diagnostique au cours du travail : est clinique :

- Interroger rapidement la parturiente, l'examiner (bassin, fœtus) (voir conduite à tenir en dehors du travail).
- Identifier les anomalies du travail sur le partogramme (voir annexe 4).
- Eliminer une dystocie dynamique et une disproportion foeto-pelvienne.

Penser à la dystocie osseuse ou à la disproportion foeto-pelvienne chaque fois que les contractions utérines sont de bonne qualité et inefficaces et que l'accouchement ne progresse pas.

- Préciser le type de bassin pour adopter une conduite à tenir :

➤ **Les bassins chirurgicaux** ont des dimensions incompatibles avec un accouchement par voie basse et nécessitent la césarienne d'emblée avec :

- lignes innominées suivies sur plus des deux tiers (indice de Magnin inférieur à 20) ;
- promontoire atteint (promonto rétro-pubien inférieur à 9 cm) ;
- épines sciatiques très saillantes (bisciatique inférieur à 9 cm).

➤ **Les bassins limites** indiquent une **épreuve de travail**, si la présentation est céphalique et le volume foetal normal (biométries clinique : hauteur utérine inférieure à 35 cm et échographique : diamètre bipariétal supérieur à 95 mm).

2. Conduite à tenir thérapeutique

a. N1 : Transférer après mise en condition toute patiente ayant un bassin rétréci ou suspect vers le N2 le plus proche.

b. N2 :

➤ **En dehors du travail** : césariser à 38 semaines accomplies toute dystocie mécanique diagnostiquée.

➤ **En travail** : agir en fonction de la clinique.

→ Césariser tout bassin rétréci :

→ Faire une EPREUVE DE TRAVAIL devant tout bassin limite :

Essayer d'accoucher par les voies naturelles un fœtus (présentation du sommet et biométrie foetale normale) confronté à un bassin limite.

Réaliser l'épreuve de travail en trois temps, en **milieu chirurgical**, avec la présence de l'obstétricien ou du chirurgien et de l'anesthésiste :

→ **Préparer** : par la mise en condition de la parturiente et la surveiller de près (état général, rythme cardiaque foetal et progression du travail).

- **Démarrer** par :
 - rompre les membranes (si elles sont accessibles), puis
 - placer une perfusion d'ocytocique (5 UI d'ocytocine dans 500 cc sérum glucosé à 5 %, au débit de 16 gouttes/mn) pour induire et régulariser les contractions utérines.
- **Surveiller** (pour deux heures en moyenne)
- Répéter les examens chaque heure et les noter sur le partogramme.
- Noter la qualité des contractions utérines et leur effet sur la dilatation du col, l'adaptation du mobile fœtal, la progression de la tête fœtale dans le pelvis et le rythme cardiaque fœtal.
- **Décider** de :
 - césariser : si pas d'engagement de la tête fœtale (épreuve du travail négative) ;
 - terminer l'accouchement par voie basse : si l'engagement est obtenu (épreuve du travail positive), s'aider d'un instrument (ventouse par exemple) de dégagement lorsque la tête est à la vulve.

➤ **Dans le post-partum**

En cas de césarienne, prévenir la femme qu'elle doit se présenter pour le prochain accouchement dans une maternité pour césarienne prophylactique.

B. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSTOCIE D'ORIGINE FŒTALE

1. Conduite à tenir devant une dystocie par GROS ENFANT (MACROSOMIE FŒTALE)

a. Conduite à tenir diagnostique

➤ **En dehors du travail :**

- Rechercher les antécédents :
 - d'accouchements de gros enfants ;
 - de multiparité : la femme fait des enfants de plus en plus gros (dystocie progressive) ;
 - de diabète : non insulino-dépendant ou gestationnel méconnu, avec obésité ;
 - de parents de grande taille.
- Préciser à l'examen :
 - la hauteur utérine excessive (supérieure à 35 cm) ;
 - l'existence d'une grossesse multiple ou d'un hydramnios.
- Eliminer à l'échographie (si disponible) une grossesse multiple, un hydramnios et préciser la biométrie fœtale.

➤ **Au cours du travail rechercher à la clinique une :**

- hauteur utérine excessive, avec débord de la tête foetale au-dessus du détroit supérieur (non engagée) ;
- dilatation traînante ;
- descente lente de la présentation ;
- dystocie des épaules, au cours de l'expulsion, avec les épaules qui restent bloquées au-dessus du détroit supérieur, imposant une extraction parfois laborieuse du fœtus.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ **N1 :**

- Dépister les femmes à haut risque de dystocie par gros enfant.
- Transférer la femme au N2 le plus proche, dès que le diagnostic est posé ou qu'il existe une dystocie par gros enfant.

➤ **N2 :**

- **Césariser :** toute macrosomie excessive (hauteur utérine supérieure à 40 cm, diamètre bi-pariétal supérieur à 100 mm, poids foetal estimé supérieur à 4 500 g) et toute grosse tête non engagée.
- **Gérer la dystocie des épaules avec tête engagée :**
 - ne jamais tirer sur la tête foetale ;
 - essayer de dégager les épaules sans forcer, par effacement et passage progressif et doux, une épaule après l'autre ;
 - faire une manœuvre de dégagement (restitution ou Jacquemier) pour lever sans dégât la dystocie des épaules ;
 - éviter l'improvisation et toute manœuvre de force, les gestes simples sont les plus efficaces.

2. Conduite à tenir devant une dystocie par malformation foetale

a. Conduite à tenir devant une hydrocéphalie

- **Conduite à tenir diagnostique** (fin de grossesse ou début du travail) ; rechercher :
 - débord à la palpation de la tête foetale par rapport au détroit supérieur ;
 - par échographie (si disponible) : l'importance et le degré de sévérité de l'hydrocéphalie et d'autres malformations.
- **Conduite à tenir thérapeutique :**
- **N1 :** transférer au N2 le plus proche toute suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie.
- **N2 :**
 - Gérer la conduite en fonction de l'importance de l'hydrocéphalie, de l'expérience de l'obstétricien et de l'avis du chirurgien-pédiatre :

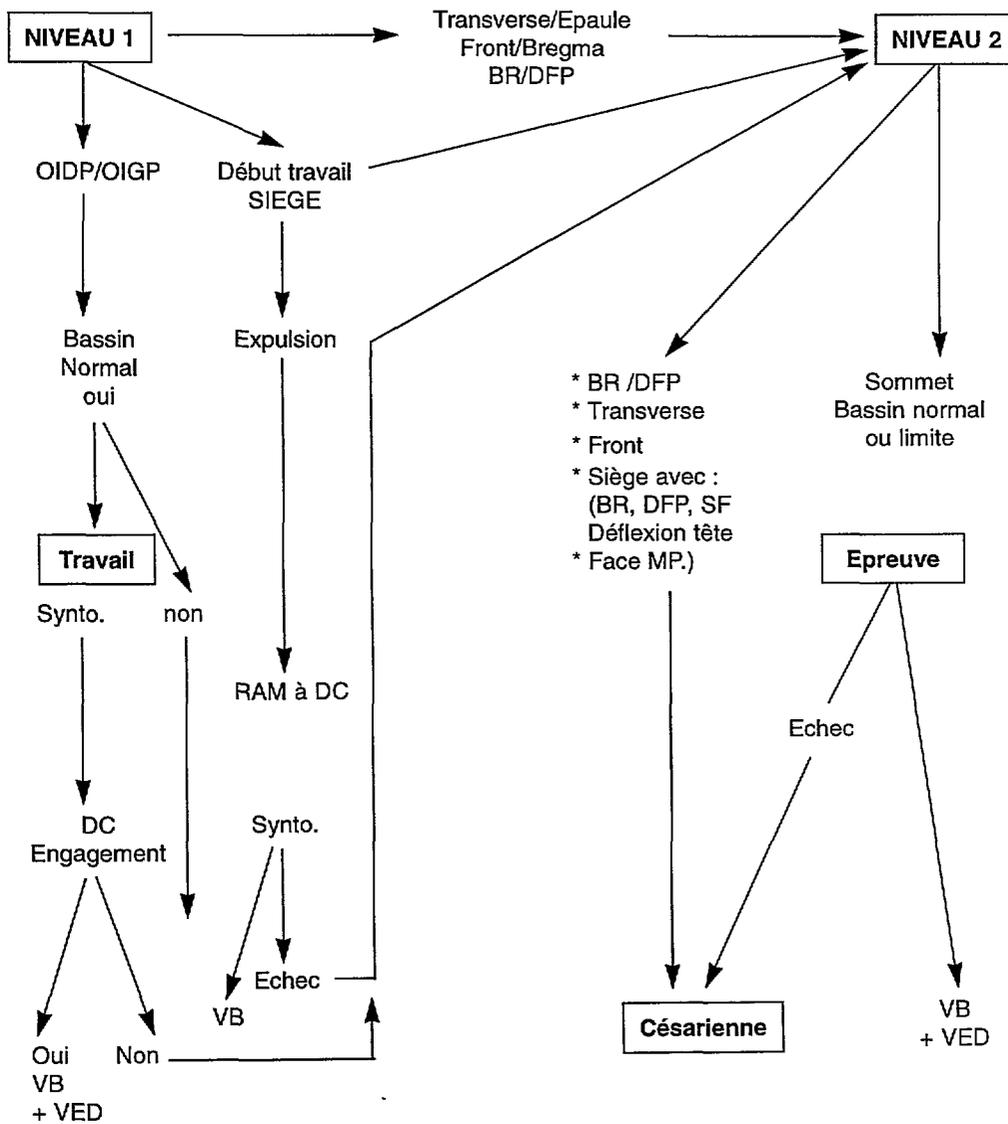
- Césariser si :
 - hydrocéphalie minime et proposer le fœtus pour une dérivation ventriculaire (neurochirurgie) ;
 - accoucheur non expérimenté (pour pratiquer une craniotomie).
- Faire une craniotomie si l'obstétricien est expérimenté et l'hydrocéphalie importante : vider les ventricules et extraire le reste du crâne fœtal, puis le reste du corps fœtal.

b. Conduite à tenir devant les tumeurs fœtales

- Le diagnostic est échographique : préciser le type : sacro-coccygiennes ou thoraciques.
- Conduite à tenir :
 - Césariser si déformation volumineuse.
 - Proscrire l'embyotomie (grands risques pour la mère).

IV. CAT DEVANT UNE PRESENTATION DYSTOCIQUE

CAT GENERALE DEVANT UNE PRESENTATION DYSTOCIQUE



Légende : - DC : dilatation complète.
 - MP : mento-postérieur.
 - VED : ventouse de dégagement.

A. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PRESENTATION TRANSVERSE (épaule)

1. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Utérus étalé transversalement.
- Excavation vide.
- Toucher vaginal : palper épaule et grill costal.
- Si poche des eaux rompue : c'est une épaule négligée.

2. Conduite à tenir thérapeutique

➤ Pendant la grossesse :

→ N1 : référer au N2 pour suivi spécialisé.

→ N2 :

- faire une version par manœuvres externes (en dehors des contre-indications usuelles) à 36 semaines,
- césarianiser si échec à 38 semaines.

➤ Pendant le travail :

→ N1 : mettre en condition et transférer en urgence vers le N2 le plus proche.

→ N2 :

- Dilatation complète et poche des eaux intacte : rompre et tenter version par manœuvre interne et grande extraction du siège (en dehors des contre-indications habituelles, obstétricien expérimenté et bloc opératoire fonctionnel avec anesthésiste sur place).
- Transverse du deuxième jumeau : dès sortie du premier, faire une version par manœuvres internes, suivi d'une grande extraction du siège (obstétricien expérimenté).
- Césarianiser dans tous les autres cas : maturité foetale acquise (âge gestationnel au-delà de 37 semaines), épaule méconnue et négligée en premier.

B. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PRESENTATION DU SIEGE

1. Conduite à tenir diagnostique ; préciser que :

- l'utérus est longitudinal ;
- la tête est en haut, les fesses en bas ;
- au toucher vaginal, les fesses et le sacrum sont normalement en avant.

2. Conduite à tenir thérapeutique

- Pendant la grossesse :
 - N1 : référer pour suivi spécialisé.
 - N2 : faire à 36 semaines : radio-pélvimétrie et échographie (diamètre bipariétal) pour le pronostic d'accouchement (voie haute ou voie basse).
- Pendant le travail :
 - N1 :
 - Mettre en condition et transférer au N2 le plus proche.
 - Si rupture des membranes et travail avancé, mettre une perfusion d'ocytocine et terminer l'accouchement : si dilatation complète et phase expulsive imminente : respecter au maximum la descente et le dégagement du corps foetal jusqu'à la sortie des épaules et du dos foetal qui est retourné sur le ventre de la mère pour dégager la tête.
 - N2 :
 - Césariser : si siège avec un autre facteur de dystocie :
 - Accoucher par voie basse, si progression normale du travail et siège en variété antérieure. Respecter la poche des eaux jusqu'à dilatation complète, laisser progresser spontanément le mobile foetal jusqu'à expulsion des épaules, puis pratiquer une manœuvre (Bracht ou Mauriceau) sur la tête pour la dégager.

C. CONDUITE A TENIR DEVANT LES PRESENTATIONS CEPHALIQUES DEFLECHIES

1. Conduite à tenir devant une présentation de la FACE

a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- présentation longitudinale ;
- face fixée au détroit supérieur ;
- toucher vaginal : retrouver le menton et préciser sa variété (antérieure ou postérieure).

b. Conduite à tenir thérapeutique au cours du travail

- N1 : transférer au N2 le plus proche ;
- N2 :
 - Césariser : la face en mento-postérieur, ou mento-antérieur avec dystocie et ou souffrance foetale.
 - Accoucher par voie basse : la face en mento-antérieur et à progression normale.

2. Conduite à tenir devant les présentations du FRONT et du BREGMA

a. Conduite à tenir diagnostique ; préciser que :

- présentation longitudinale ;
- céphalique fixée au détroit supérieur :
 - FRONT : irrégulière avec orbites et nez qui fait le repère de la présentation.
 - BREGMA : régulière avec voûte crâne et bregma losangique au milieu du détroit supérieur (on ne palpe ni le nez, ni l'occiput).

b. Conduite à tenir thérapeutique au cours du travail

- N1 : transférer vers le N2 le plus proche.
- N2 : Césariser le front et le bregma.

3. Conduite à tenir devant les variétés POSTERIEURES DEFLECHIES

a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- présentation longitudinale céphalique ;
- occiput et petite fontanelle triangulaire en arrière ;
- déflexion minimale de la tête.

b. Conduite à tenir thérapeutique au cours du travail

- N1 :
 - Transférer vers le N2 le plus proche si présentation non engagée, dystocie de progression ou souffrance fœtale.
 - Terminer l'accouchement par voie basse si tête engagée et progression normale.
 - L'épisiotomie doit être large pour le dégagement en occipito-sacré (risques de déchirures graves du périnée).
- N2 :
 - Césariser : si dystocie de progression ou d'engagement ou souffrance fœtale.
 - Accoucher par voie basse : si conditions obstétricales favorables, placer une perfusion d'ocytociques et extraire la tête par un instrument (ventouse de dégagement).

QUATRIEME CHAPITRE

HYPERTENSION ARTERIELLE DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

I. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HYPERTENSION ARTERIELLE ISOLEE

A. CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE ; préciser :

1. L'hypertension artérielle

- Hypertension artérielle supérieure ou égale 14/9 cm Hg, isolée sans protéinurie ni complications.
- Hypertension artérielle chronique (antérieure à la grossesse ou avant 20 semaines) ou gestationnelle (au-delà de 20 semaines)

2. Les signes d'alarme ; rechercher :

a. Interrogatoire

- Céphalées, bourdonnement d'oreilles, déficit neurologique, troubles visuels (sensation de mouches volantes, brouillard...).
- Douleur épigastrique et/ou hypocondre droit, vomissement de fin de grossesse.
- Essoufflement.

b. Signes d'examen

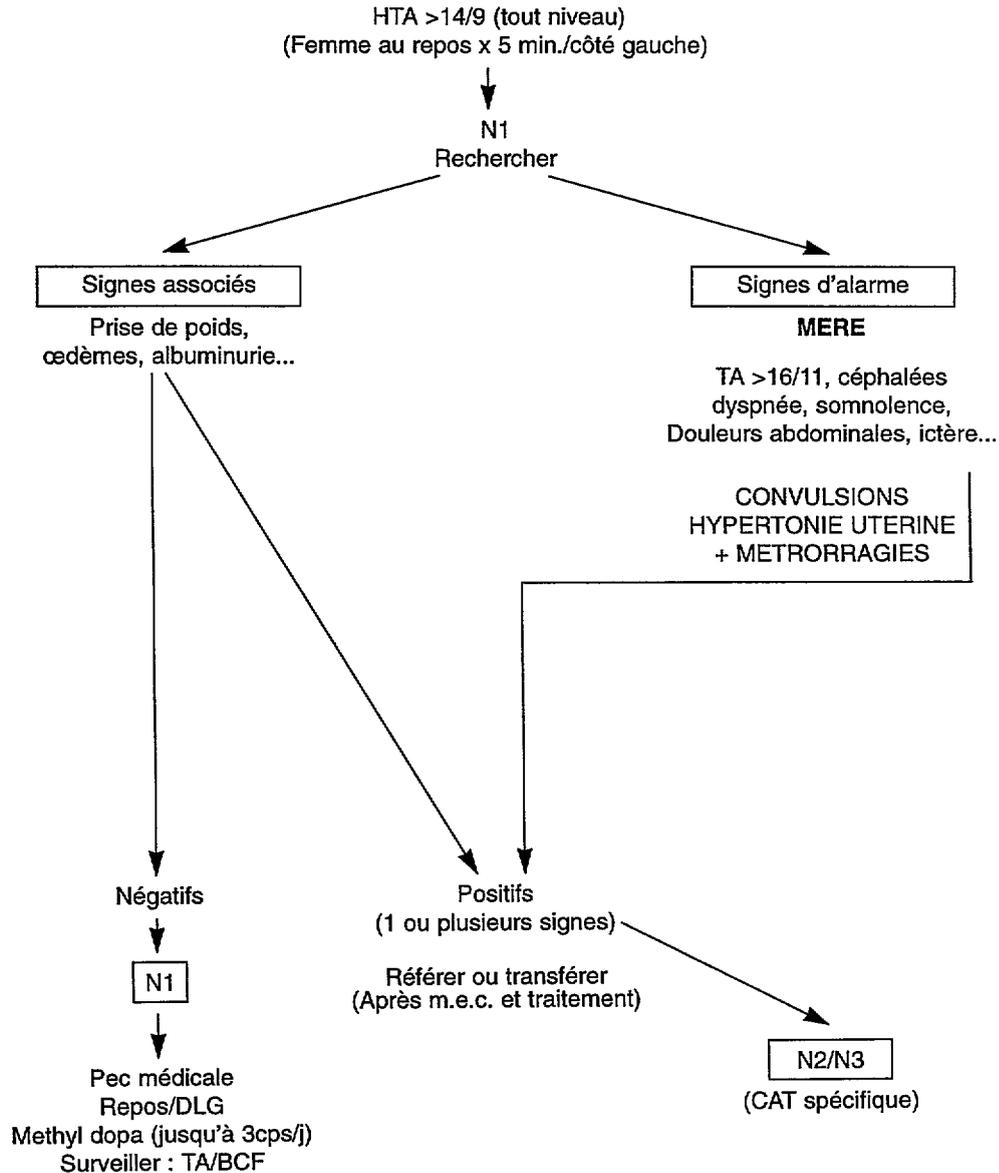
- Hypertension artérielle élevée : supérieure à 16/11 cm Hg.
- Cyanose, polypnée, râles crépitants, tachycardie.
- Oligurie (< 500 ml/j), urines foncées.
- Œdème aigu du poumon, ictère.
- Hématome rétro-placentaire, éclampsie, cécité...
- Hématurie microscopique, protéinurie ++, protéinurie +++(supérieure à 2 grammes), troubles de la coagulation.

B. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE GENERALE

Traiter de la même façon l'hypertension artérielle quel que soit le niveau, transférer les formes compliquées (un ou plusieurs signes d'alarme positifs, protéinurie +++...) du N1 au N2.

- Traiter l'hypertension artérielle : par l' α méthyl dopa 1 à 3 cp (à 500 mg) par jour, chez la primipare.
- Maintenir le traitement d'avant grossesse si l'hypertension est chronique (le médicament doit être compatible avec la grossesse).
- Surveiller la tension artérielle toutes les 30 minutes, puis toutes les heures jusqu'à la normalisation de la tension artérielle, la prise de poids une fois par jour et la diurèse horaire toutes les 24 heures.
- Eduquer la patiente pour identifier les signes d'alarme (voir tableau des signes d'alarme) et l'amener à consulter dès apparition de ces signes
- Après l'accouchement :
 - Continuer le traitement anti-hypertenseur et la surveillance dans les suites de couches.
 - Mesurer la tension artérielle pendant 2 semaines au moins.
 - Prescrire une contraception adaptée :
 - progestative (orale ou injectable),
 - un dispositif intra-utérin,
 - des méthodes barrières et locales (condom, spermicides...)
 - Planifier les grossesses à venir et faire suivre dans un centre de grossesse à haut risque.

CAT DEVANT UNE HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE



DLG : décubitus latéral gauche.

II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PRE-ECLAMPSIE

A. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PRE-ECLAMPSIE MODEREE

1. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Hypertension artérielle : avec une **diastolique entre : 9/11** cm Hg.
- **Protéinurie : supérieure à 0,3 gramme/24 h** (bandelettes réactives ++ au-delà de 20 semaines).
- Les signes d'alarme.

2. Conduite à tenir thérapeutique

- **N1** : Transférer la femme vers N2 le plus proche.
- **N2 : HOSPITALISER** ; mettre sous :
 - repos au lit en décubitus latéral gauche ;
 - diète normale ;
 - médicaments (anti-hypertenseurs, sédatifs...) ;
 - surveiller l'évolution :
 - tension artérielle, diurèse, poids,
 - signes inchangés : maintenir l'hospitalisation, évaluer l'état foetal si proche du terme (au-delà de 36 semaines) ou proposer une consultation ambulatoire 2 fois par semaine si loin du terme.
 - signes aggravés : évaluer l'état foetal en vue de provoquer l'accouchement si la maturité est acquise (au-delà de 36 semaines).

B. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PRE-ECLAMPSIE SEVERE (URGENCE VITALE)

1. Conduite à tenir diagnostique ; préciser :

- HTA : supérieure à 160/110 mmHg + **Protéinurie +++ (supérieure à 2 grammes)**.
- Signes de gravité cliniques et biologiques.
- L'état neurologique (convulsions, état de conscience...), respiratoire, et rechercher une hémorragie obstétricale (hématome rétro-placentaire).

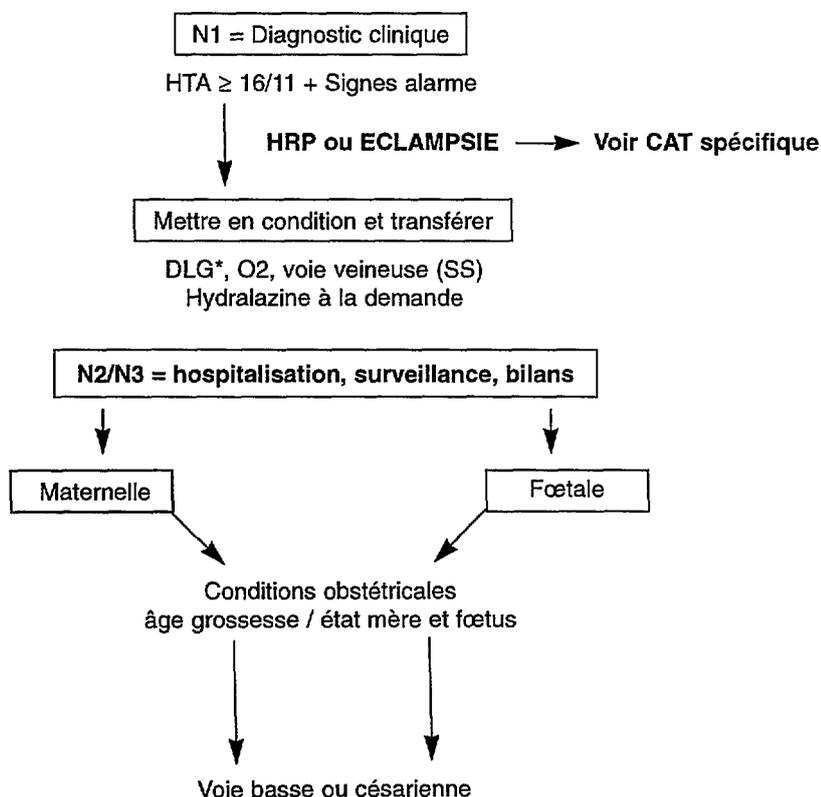
2. Conduite à tenir thérapeutique

- **N1** :
 - Installer en décubitus latéral gauche, oxygéner.

Ne jamais laisser la femme toute seule (risque de convulsions avec chute et fausse route (vomissements)).

- Prendre une voie veineuse et remplir au sérum salé : 500 ml en perfusion.
 - Administrer de l'hydralazine 5 mg IV + 20 mg en intramusculaire (diluer une ampoule dans 5 ml de sérum salé, donner 1 ml (= 5 mg) en intraveineux directe et 4 ml restant en intramusculaire).
 - Transférer EN URGENCE au N2 ou N3 le plus proche.
 - Pendant le transfert : continuer le traitement et la surveillance (voie veineuse, brassard de tension artérielle et trousse comprenant le nécessaire pour traiter une éclampsie : canule de Guedel, seringues, diazépam, hydralazine diluée et sérum salé à 9 ‰ 500 ml pendant une heure).
- **N2 ou N3 :**
- Stabiliser l'état de la femme et évaluer l'état du fœtus et ensuite chercher les atteintes des différents organes.
 - Administrer de l'hydralazine 5 mg intraveineux et 20 mg en intramusculaire (diluer une ampoule dans 5 ml de sérum salé, donner 1 ml (= 5 mg) en intraveineux directe et 4 ml restant en intramusculaire).
 - Surveiller la tension artérielle toutes les 30 mn : si la diastolique est supérieure à 11 cm Hg, donner 5 mg en intraveineux.
 - Continuer la surveillance de l'état : neurologique, de conscience, respiratoire (auscultation des bases pulmonaires), de tension artérielle, et rénal (diurèse).
 - Si la patiente convulse, voir conduite devant une éclampsie.

CAT DEVANT UNE HTA SEVERE ET GROSSESSE



* DLG : décubitus latéral gauche.

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ECLAMPSIE

A. CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE ; rechercher :

- Hypertension artérielle et convulsions toniques et cloniques, suivies par un coma hypotonique et troubles respiratoires.
- Des crises importantes et qui se répètent (au-delà de trois) aggravent le coma qui peut durer.
- Différencier des convulsions d'éclampsie :
 - les crises convulsives (épilepsie, hypoglycémie, hypoxie, ischémie cérébrale...);
 - les autres causes de convulsions (accident vasculaire cérébral, embolies avec infarctus cérébral, toxiques, méningites et méningo-encéphalites, traumatisme crânien....).

B. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE

1. Conduite à tenir générale

- Allonger la patiente sur le côté gauche, pour diminuer le risque d'inhalation de sang et/ou de vomissement...
- Faciliter la respiration de la patiente.
- Arrêter les convulsions.
- Traiter l'hypertension.
- Eviter les montés brutales et les chutes importantes de tension artérielle : remplir (sérum salé) et traiter (vasodilatateurs) de façon progressive et avec de faibles doses (Hydralazine...).

2. Conduite à tenir spécifique

a. N1 : mettre en condition la femme et la transférer en URGENCE, convulsions arrêtées.

- Mettre une canule en plastique dans la bouche pour éviter la morsure de la langue.
- Oxygéner à 6 litres/mn par sonde nasale.
- Injecter du Diazépam : 10 mg intraveineux directe lente, puis 2 mg intraveineuse/mn jusqu'à l'arrêt de la crise.
- Libérer les voies aériennes supérieures :
 - maintenir l'extension de la tête,
 - poser une canule de Guedel, ou
 - Intuber la trachée, si possibilité de le faire.
- Remplir et administrer de l'hydralazine intraveineux et intramusculaire comme pour une pré-éclampsie.
- Transférer : en continuant traitement et surveillance vigilante.

b. N2/N3 : Arrêter les convulsions

- Stabiliser les fonctions vitales de la femme.
- Evaluer l'état obstétrical et agir en fonction pour terminer l'accouchement.

CAT DEVANT UNE ECLAMPSIE

N1 = Diagnostic + traitement d'urgence + mise en condition

Grossesse + HTA > 14/9 + Convulsions

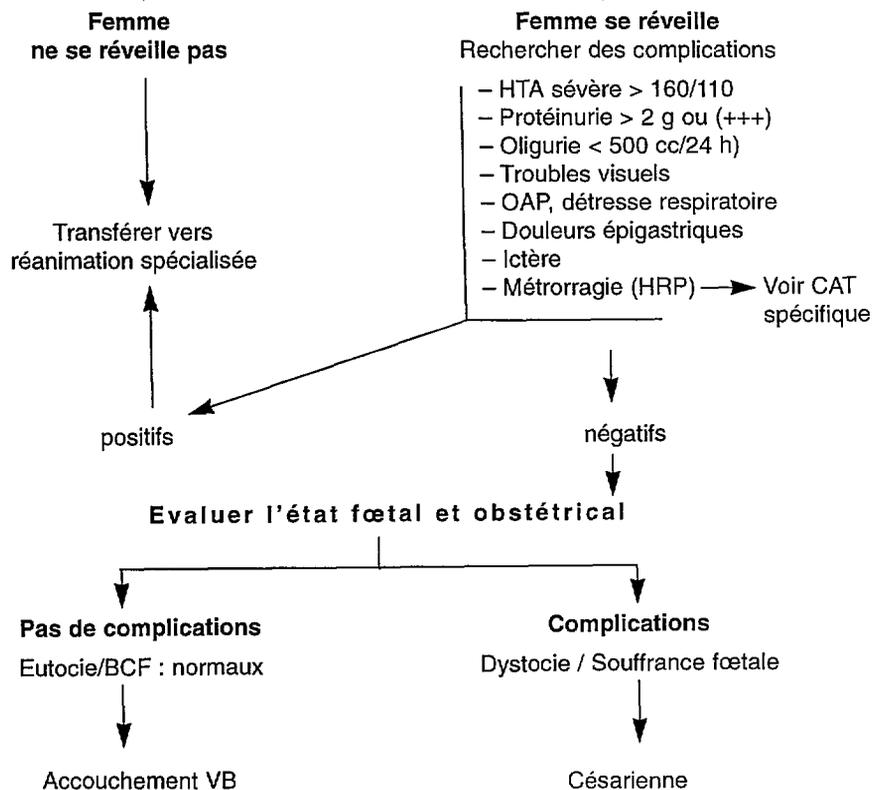
DLG + O2 + voie veineuse (Sérum salé) +

– Diazépam : 10 mg /IV lente à répéter (mais < 30 mg)

– Hydralazine : Diluer 25 mg dans 5 cc de sérum salé
et injecter 1 cc en IVD (5 mg) et 4 cc en IM (20 mg)

Si TAD > 110 mm Hg injecter 1cc hydralazine (5 mg)
toutes les 30 mn ; Arrêter si TAD < 10.

TRANSFERER au N2 ou N3 le plus proche



Attention : Continuer la surveillance intensive durant les 48 heures qui suivent l'accouchement.

CINQUIEME CHAPITRE

LES INFECTIONS DE LA GROSSESSE DU POST-PARTUM ET DU POST-ABORTUM

I. CONDUITE A TENIR GENERALE

A. CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE ; rechercher :

- A l'interrogatoire de la femme ou son entourage, sans faire tarder le traitement, les signes d'infection.
- Fièvre : supérieure à 37,8 °C (par température rectale).
- Lochies fétides, douleurs pelviennes.
- Les signes de choc.
- Les signes d'ALARME :
 - fièvre supérieure à 39 °C, frissons,
 - Altération de l'état général,
 - Signes urinaires, bronchiques, impotence des membres inférieurs...

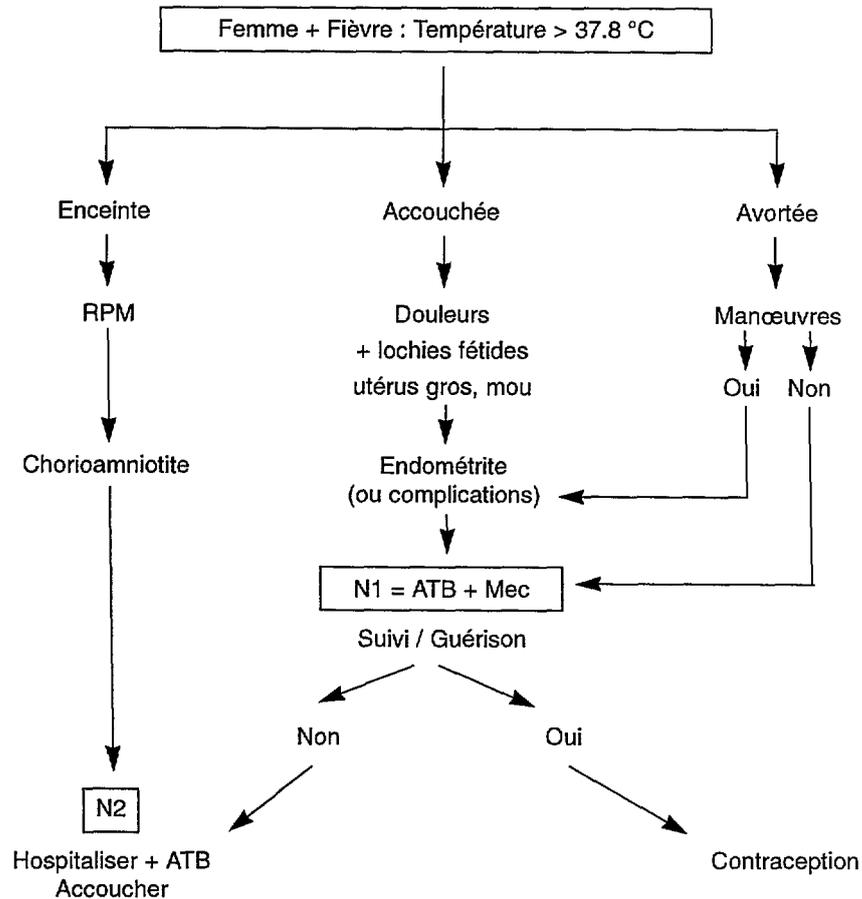
B. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE

1. N1 : donner d'emblée un traitement médical : hydratation et antibiotiques à large spectre.

Mettre en condition et transférer au N2 le plus proche au moindre signe d'alarme et lorsque la patiente ne répond pas à l'antibiothérapie qui nécessite une réanimation ou un acte chirurgical.

2. N2 :

- Hospitaliser, réanimer en fonction de l'état de la femme.
- Hâter l'accouchement quant le pronostic maternel et/ou fœtal sont en jeu.
- Instaurer le plus vite possible un traitement étiologique.
- N'opérer que si l'état de la patiente le permet.



II. CONDUITE A TENIR SPECIFIQUE

A. CAT DEVANT UNE CHORIOAMNIOTITE

1. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

Rupture prématurée des membranes + fièvre = chorio-amniotite

- Fièvre dépassant 38 °C, pouls accéléré.
- Utérus sensible douloureux.
- Ecoulement spontané et continu de liquide amniotique fétide, parfois purulent.

N.B. : La rupture prématurée des membranes est la rupture des membranes avant le début du travail.

2. Conduite à tenir thérapeutique

a. N1 :

- Faire le moins de touchers vaginaux possible.
- Perfuser du sérum glucosé à 5 %.
- Mettre la patiente (et le nouveau-né) sous antibiotiques : ampicilline 2 grammes en intraveineux direct puis 1 gramme/4 h, puis per os pendant sept jours dans le post-partum.
- Accoucher la patiente si l'expulsion est imminente et qu'il n'existe pas de dystocie.
- Transférer au N2 le plus proche, sous perfusion et antibiotiques, dans le post-partum, si :
 - la fièvre est supérieure à 39 °C malgré les antibiotiques,
 - il existe des frissons ou une altération de l'état général,
 - la dilatation est débutante, en dehors du travail ou dystocie.

b. N2 :

- Hospitaliser et perfuser.
- Surveiller régulièrement : état général, tension artérielle, température, rythme cardiaque fœtal, contractions utérines.
- Maintenir l'antibiotique pendant le travail.
- Hâter l'évacuation utérine :
 - Déclencher le travail ou activer la parturiente :
 - si rupture prématurée des membranes dépassant 36 semaines, après 24 h de rupture ou avant si fièvre,
 - en dehors d'une dystocie majeure,
 - absence de souffrance fœtale aiguë,
 - âge gestationnel inférieur à 32 semaines, si fièvre maternelle élevée et qui a duré, ou
 - mort fœtale.
 - Césariser avec précautions (champs de bordure pariétaux, bonne toilette péritonéale, antibiothérapie parentérale), si :
 - souffrance fœtale aiguë, ou
 - conditions obstétricales défavorables (dystocie).
 - mettre le nouveau-né sous antibiotiques et le confier le plus vite possible au pédiatre.

B. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INFECTION DU POST-PARTUM

Ce sont les états fébriles survenant après un accouchement, et ceci jusqu'au 40^e jour du post-partum :

- l'endométrite aiguë,
- la pelvi-péritonite,
- la péritonite,
- la thrombophlébite,
- la septicémie,
- les autres infections (mammaires, urinaires, phlébites des membres inférieurs, suppurations des sutures).

1. Conduite à tenir devant une endométrite aiguë

a. Conduite à tenir diagnostique

➤ Rechercher entre le 4^e et 8^e jour du post-partum :

- Fièvre modérée (inférieure à 39 °C), pouls accéléré, sans altération de l'état général ni frissons,
- douleur abdominale basse,
- lochies fétides,
- hémorragie parfois abondantes,
- utérus gros, mou, sensible ou douloureux,
- col ramolli, largement ouvert,
- culs de sac libres et indolores.

➤ Préciser que :

- les seins sont normaux (pas de mastite),
- les urines sont claires et qu'il n'existe pas de dysurie (pas de pyélonéphrite) ;
- les mollets et les cuisses sont souples (pas de phlébite).

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 :

- Traiter par : Amoxicilline 2 grammes/j per os x 10 jours.
- Transférer au N2, si :
 - suspicion de rétention placentaire,
 - fièvre persistante après 48 heures d'antibiotiques.

➤ N2 :

- Perfuser : sérum glucosé à 5 %.
- Antibiotiques : + Ampicilline 1 g intraveineux directe /6 h.
 - Metronidazol 1 flacon intraveineux/12 h.

- Rechercher à l'échographie (si disponible) une rétention placentaire pour évacuer l'utérus sous antibiotiques par :
 - curage digital si le col est ouvert,
 - aspiration ou curetage sous anesthésie par une curette fermée, mousse et non aiguisée,
- Relayer par : ampicilline 2 g/j per os (48 h après l'apyrexie) x 10 j + Métronidazol 1 cp (500 mg) x 3/j x 10 j.

2. Conduite à tenir devant une pelvi-péritonite et abcédation

a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Fièvre supérieure à 39,5 °C oscillante avec :
 - tachycardie supérieure à 100 battements/mn,
 - frissons inconstants,
 - altération de l'état général,
 - à l'extrême, état de choc.
- Douleurs pelviennes lancinantes, avec :
 - lochies fétides,
 - signes digestifs (nausées, vomissements, arrêt du transit, diarrhées).
- Masse latéro ou rétro-utérine douloureuse, rénitente, avec défense hypogastrique.
- A l'échographie (si disponible) :
 - collection latéro ou rétro-utérine,
 - épanchement péritonéal.

b. Conduite à tenir thérapeutique

> N1 : Traiter par :

- perfusion veineuse,
- ampicilline : 1 gramme intraveineux direct/6 h, gentamicine : 80 mg/12 h et métronidazol : 1 flacon intraveineux/12 h,
- transférer vers le N2 le plus proche.

> N1 :

- Instaurer ou renforcer l'antibiothérapie (ampicilline + gentamicine + métronidazol).
- Traîner (par chirurgie/ par laparotomie) sous antibiotiques les collections abcédées.

3. Conduite à tenir devant une péritonite

a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Température oscillante entre 39 et 40 °C avec un pouls rapide, mal frappé.

- Malade prostrée, le teint gris, fatiguée.
- Douleur abdominale diffuse.
- Arrêt des matières et des gaz, avec vomissements.
- Parfois transit normal ou diarrhée.
- Défense pariétale, contracture ou parfois ballonnement.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 : Traiter par :

- perfusion veineuse,
- antibiotiques : ampicilline 2 grammes intraveineux directe, gentamicine, métronidazol 1 flacon en perfusion.
- transférer : au N2 le plus proche.

➤ N2 :

- Réanimer médicalement selon l'état de la patiente.
- Traiter en urgence par chirurgie (laparotomie, toilette péritonéale et drainage si indiqué).
- Hystérectomie interannexielle (conserver les ovaires) si l'utérus est une poche de pus intarissable et ne répond pas au traitement médical.

4. Conduite à tenir devant une thrombophlébite pelvienne

a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Température : entre 39 et 40 °C oscillante, avec frissons.
- Pouls accéléré plus que ne le voudrait la température.
- Altération de l'état général.
- Douleur latéro-utérine.
- Signes digestifs et urinaires.
- Empâtement ou cordon douloureux latéro-utérin unilatéral.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 : Traiter par :

- perfusion veineuse,
- ampicilline 2 grammes intraveineux directe, métronidazol 1 flacon/perfusion,
- transférer : vers le niveau 2 le plus proche.

➤ N2 :

- Hospitaliser et réanimer selon l'état de la patiente.
- Placer une perfusion veineuse.

- Ampicilline 1 gramme en intraveineuse directe/6 h + gentamicine 80 mg intraveineuse directe/12 h + un flacon perfusion/12 h pendant 20 minutes.
- Héparinothérapie à dose hypocoagulante contrôlée par la biologie.

5. Conduite à tenir devant une septicémie

a. Conduite à tenir diagnostique ; préciser :

- température dépassant 40 °C avec frissons et un pouls rapide mal frappé,
- altération profonde de l'état général avec faciès gris et dyspnée,
- troubles de la conscience avec urines rares, foncées,
- utérus gros, douloureux, mou et col ouvert,
- lochies purulentes fétides,
- hépatomégalie,
- signes cutanés (érythèmes, pustules), méningées,
- et pulmonaires.

b. Conduite à tenir thérapeutique

➤ N1 : Traiter par :

- perfusion veineuse,
- Ampicilline 2 grammes intraveineuse directe, gentamicine 80 mg intramusculaire, et métronidazol 1 flacon en perfusion,
- transférer vers N2 le plus proche.

➤ N1 :

- Hospitaliser et réanimer de façon intensive, selon état de la femme.
- Mettre sous antibiotiques à large spectre par voie parentérale et anticoagulants.
- Traiter par chirurgie en l'absence de réponse au traitement médical et s'il existe un foyer utérin infectieux persistant, selon l'état utérin faire une hystérectomie interannexielle.

6. Conduite à tenir devant les autres fièvres du post-partum

a. Conduite à tenir devant une infection mammaire :

➤ Conduite à tenir devant la lymphangite aiguë du sein :

- **Conduite à tenir diagnostique** : rechercher lors de la première semaine du post-partum :
 - le début et brutal,
 - fièvre à 40 °C avec frissons,
 - douleur du sein unilatérale et permanente,

→ et à l'examen :

- placard rouge et chaud, douloureux,
- traînées inflammatoires se dirigeant vers l'aisselle sans tuméfaction.

• **Conduite à tenir thérapeutique : N1** : mettre sous :

- anti-inflammatoires,
- les antibiotiques ne sont pas indiqués,
- tire-lait et jeter le lait du côté atteint en attendant la guérison.

➤ **Conduite à tenir devant un abcès du sein**

• **Conduite à tenir en phase pré-suppurative :**

- Diagnostique : sur
 - température à 38-39 °C,
 - douleur unilatérale permanente,
 - sein tendu et douloureux, avec masse mal limitée et issue de pus par le mamelon.
- Thérapeutique (N1) : arrêter l'allaitement du côté atteint, mettre sous anti-staphylococcique flucloxacilline 500 mg 1cp x 3/j, anti-inflammatoires 2 cp x 3/j (prendre en considération le passage des produits dans le lait de la mère).

• **Conduite à tenir devant une mastite aiguë :**

- Diagnostique : sur
 - température : 39-39,5 °C associée à des frissons et insomnie,
 - douleur pulsatile,
 - tuméfaction fluctuante,
- Thérapeutique : mettre sous :
- **N1** : anti-staphylococciques 500 mg 1 cp x 3/j et anti-inflammatoires, puis référer au N2.
- **N2** : inciser et drainer l'abcès, puis mettre sous antibiotiques (anti-staphylococciques).

b. Conduite à tenir devant une infection urinaire

➤ **Conduite à tenir devant une cystite :**

- Diagnostique :
 - pas de fièvre,
 - dysurie,
 - l'examen pauvre,
 - l'examen cyto-bactériologique des urines : identifie et compte les germes,
- Thérapeutique (N1) : mettre sous antiseptiques urinaires : nitroxoline 2cp x 3/j x 10 j + ampicilline 2 g/j x 7 j.

➤ **Conduite à tenir devant une pyélonéphrite :**

- Diagnostique :
 - fièvre 39/40 °C + frissons,
 - lombalgies, dysurie et urines troubles,
 - douleur provoquée de la fosse lombaire.
- Thérapeutique :
- **N1** : mettre sous
 - perfusion parentérale,
 - ampicilline 1gramme intra-tubulaire directe 3x/j,
 - gentamicine 80 mg intramusculaire 2x/j pendant 10 jours.
puis transférer vers le N2 le plus proche.
- **N2** :
 - Faire un examen cyto-bactériologique des urines.
 - Mettre sous perfusion parentérale et antibiothérapie parentérale.

c. Conduite à tenir devant une phlébite des membres inférieurs

➤ **Conduite à tenir diagnostique ;** rechercher vers le 5, 7^e jour du post-partum :

- Fièvre à 38, 38,5 °C sans frissons avec pouls plus accéléré que la température.
- Douleur du membre inférieur : le long du trajet veineux, avec :
 - augmentation de la chaleur locale,
 - œdèmes,
 - diminution du ballottement du mollet, et
 - douleur du mollet à la dorsi-flexion du pied.
- L'écho-doppler (si disponible et au N3) : confirme le diagnostic et précise les caractères de la thrombose (siège, étendue, circulation d'aval...)

➤ **Conduite à tenir thérapeutique :**

- **N1** : immobiliser le membre inférieur et transférer au N2.
- **N2** :
 - Hospitaliser la femme et la mettre sous anticoagulants (HEPARINE), selon son état ; surveiller l'efficacité du traitement et contrôler la bonne évolution de l'état de la patiente (clinique, biologie).

d. Conduite à tenir devant les suppurations des sutures

➤ **Conduite à tenir diagnostique ;** rechercher vers le 4, 5^e jour du post-partum :

- Fébricule 37,5 - 38 °C.
- Douleurs de la plaie (laparotomie ou périnéale).

- Plaie désunie, rouge : suintante ou purulente.
- Eviscération.

➤ **Conduite à tenir thérapeutique :**

- **N1 :**
 - Soins locaux aux antiseptiques iodées.
 - Ne pas mouiller la plaie.
 - Sécher régulièrement jusqu'à cicatrisation.
 - Utiliser, si la plaie est propre, des cicatrisants à action locale.
 - Si lâchage de cicatrice laparotomie de césarienne (Médiane ou Pfannenstiel), bander le ventre avec un champs stérile et transférer la femme vers le centre chirurgical qui l'a opéré ou vers le N2 le plus proche.
- **N2 :**
 - Reprendre toute paroi de césarienne compliquée d'abcédation profonde ou de lâchage (partiel ou total) après couverture antibiotiques.
 - Maintenir l'hospitalisation jusqu'à ce que tout soit écarté pour la femme (péritonite secondaire ou éviscération).

C. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INFECTION DU POST-ABORTUM

1. Conduite à tenir devant l'endométrite du post-abortum

a. *Conduite à tenir diagnostique* ; rechercher après une notion de tentative abortive, avec :

- température supérieure à 39 °C, avec frissons et pouls accéléré,
- altération de l'état général,
- notion d'expulsion (volontaire ou non) de produit de conception complet (ou non),
- douleurs pelviennes,
- pertes malodorantes,
- métrorragies plus ou moins abondantes,
- utérus sensible et de volume inférieur par rapport à l'âge théorique de la grossesse,
- parfois lésions traumatiques en cas de manipulation ou de corrosion chimique (permanganate de potassium).

b. *Conduite à tenir thérapeutique*

➤ **N1** : Traiter par :

- apport hydrique oral ou veineux : si altération de l'état général, température supérieure à 39 °C et frissons,
- ampicilline 1 gramme intra-tubulaire directe /6 h, gentamicine 80 mg x2/j et métronidazol 1 flacon/12 h,
- sérum antitétanique,

- si choc septique : mettre en condition, sous antibiotiques, et transférer au N2 le plus proche.

➤ N2 :

- Perfuser par voie veineuse et continuer les mêmes antibiotiques entamés au N1, sinon les démarrer en urgence.
- Rechercher une rétention placentaire à l'échographie (si disponible), sinon réviser l'utérus et l'évacuer.
- Evacuer l'utérus de façon prudente (fragilité par l'infection), si rétention placentaire :
 - Avant 10 semaines :
 - dilater le col si fermé,
 - aspirer le contenu ou cureter avec curette mousse non fenêtrée.
 - Après 10 semaines :
 - préférer le curage digital si le col est perméable,
 - sinon dilater et aspirer à la grosse vacurette.
- Mettre sous :
 - sérum antitétanique, puis vacciner contre le tétanos, si la femme n'a pas été vaccinée,
 - antibiothérapie mixte parentérale jusqu'à 48 h après apyrexie, puis
 - antibiotique par voie orale x 8 j (ajouter des cyclines si suspicion terrain infections sexuellement transmises).

2. Formes compliquées : elles sont similaires à celles de l'endométrite du post-partum et sont traitées de la même manière.

SIXIEME CHAPITRE

CAS PARTICULIERS DE GROSSESSE A HAUT RISQUE MATERNO-FCETAL

I. CONDUITE A TENIR DEVANT UN UTERUS CICATRICIEL

➤ N1 :

- Référer, en dehors du travail, pour suivi et prise en charge.
- Mettre en condition et transférer en urgence, en cours de travail, vers le N2 le plus proche pour une conduite adaptée.

➤ N2 :

- Evaluer, en dehors du travail, le type, le nombre et l'état de la cicatrice utérine :
 - Césariser à 38 semaines si deux cicatrices ou plus, cicatrice complexe, ou cicatrice ou avec un autre facteur de risque (bassin limite, présentation non céphalique, disproportion foeto-pelvienn...) ou toute autre anomalie mécanique ou dynamique ou souffrance foetale.
- Pendant le travail :
 - Césariser : si deux cicatrices ou plus, cicatrice complexe, ou cicatrice avec un autre facteur de risque (bassin limite, présentation non céphalique bien fléchie, disproportion foeto-pelvienn...),
 - accoucher par voie basse : si parturiente surveillée, obstétricien expérimenté et absence totale de dystocie ou situation à risque maternelle ou foetale.

II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE GROSSESSE GEMELLAIRE

➤ N1 :

- Référer en dehors du travail : la femme au N2 pour suivi et accouchement.
- Mettre en condition et transférer la femme en travail au N2 le plus proche, sauf si en phase expulsive imminente, terminer l'accouchement du premier jumeau, apprécier la présentation du second jumeau :
 - en présentation régulière (céphalique ou siège) ou nouveau-né de petit poids : voie basse,

Previous Page Blank

→ en transverse ou autre présentation dystocique, mettre en condition et transférer en urgence au N2 le plus proche pour terminer l'accouchement ou faire une césarienne si nécessaire.

➤ **N2 :**

- Accoucher normalement, en dehors du travail : si la présentation est régulière, le bassin normal et qu'il n'existe pas de dystocie ni de souffrance fœtale.

— • Femme en travail :

→ accoucher par voie basse s'il n'y pas de dystocie ;

→ césariser, si dystocie ou souffrance fœtale, sauf si le deuxième jumeau est en transverse : rompre les membranes, avant que le col ne se rétracte, faire version par manœuvre interne puis grande extraction du siège (obstétricien expérimenté), sinon césariser.

III. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

1. **N1 :** référer ou transférer la femme dès diagnostic au N2 en condition et sous antibiotiques si rupture prématurée des membranes dépassant 12 heures.

2. **N2 :**

- Hospitaliser, mettre sous antibiotiques si la rupture prématurée des membranes dépasse 12 heures, surveiller la mère (température, état du liquide amniotique, contractions utérines...) et le rythme cardiaque fœtal, garniture stérile, réduire les touchers vaginaux au strict minimum.
- Après 36 semaines : hâter l'accouchement, activer ou déclencher le travail et terminer l'accouchement selon conditions obstétricales et état fœtal.
- Avant 36 semaines : essayer de gagner du temps si la mère ne présente pas de chorio-amnionite et que le fœtus n'est pas en souffrance fœtale (surveillance de la température, du liquide amniotique, du rythme cardiaque fœtal, des contractions utérines...) ; à la moindre anomalie : césariser et remettre le nouveau-né au pédiatre pour prise en charge.
- Chorio-amnionite (voir conduite à tenir spécifique).

SEPTIEME CHAPITRE

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT / SOINS NEONATALS

I. CONDITIONS GENERALES DE RECEPTION DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE TRAVAIL

A. VEILLER AUX BONNES CONDITIONS THERMIQUES

- Chauffer la salle d'accouchement (à 28 °C).
- Eviter les déperditions thermiques du nouveau-né :
 - sécher le nouveau-né dès sa naissance avec un champs chaud et propre ;
 - mettre sur table chauffante ou bien recouvrir le nouveau-né.
- Eviter son contact avec les objets froids (envelopper dans des champs chauds).
- Fermer portes et fenêtres, limiter les déplacements.

B. VEILLER AUX CONDITIONS D'ASEPSIE (voir annexe 1)

1. Aseptiser les locaux et le matériel (annexes 1 et 2)

- Nettoyer autant que nécessaire, mais au moins une fois par jour, les murs, les sols et les meubles, du sang et des saletés.
- Décontaminer entre deux nouveau-nés : masque, ballon d'assistance respiratoire, laryngoscope et pince de Magill et table de réanimation.
- Utiliser, chaque fois que possible, du matériel stérile à usage unique (sondes d'aspiration, d'intubation, sondes gastriques, clan ombilical, seringues et aiguilles...) ; à défaut, le matériel réutilisé doit être décontaminé, nettoyé puis stérilisé.

2. Se laver les mains

- Utiliser autant que possible du savon liquide livré conditionné, étanche, jetable et non réutilisable (les pains sont rapidement contaminés).
- Se laver énergiquement les mains pendant 10 secondes, après chaque prise en charge du nouveau-né ou patiente.
- Asperger les mains avec de l'alcool à 70°.
- Sécher obligatoirement les mains avec une serviette sèche et propre.

3. Prévenir l'infection materno-infantile

- Faire un lavement évacuateur et une toilette périnéale pour toute femme qui accouche.
- Pratiquer des touchers vaginaux aseptiques et éviter les touchers fréquents.

C. RECHERCHER SYSTEMATIQUEMENT LES MALFORMATIONS ET LES ANOMALIES SOMATIQUES (voir annexe 13)

Après s'être assuré que le nouveau-né va bien, commencer de haut en bas par la recherche de :

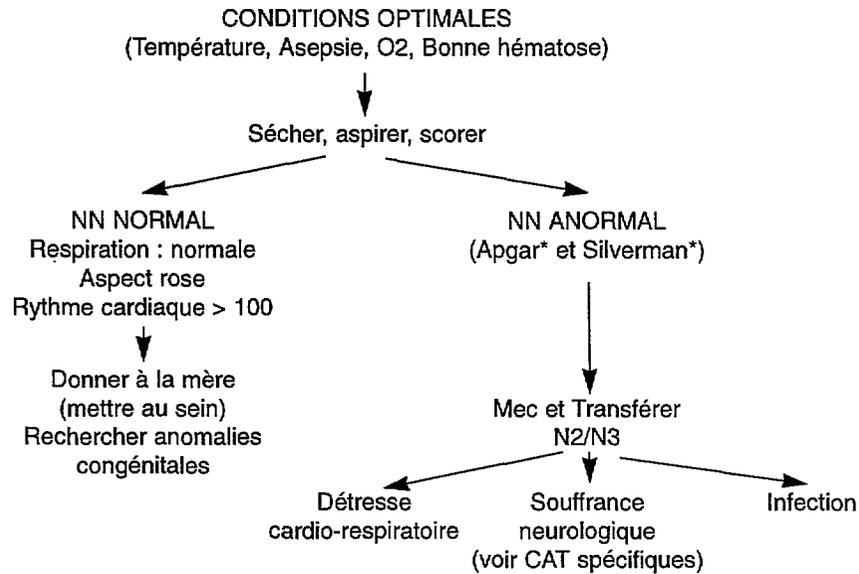
- fente palatine (défaut de fusion des os de la voûte palatine) par la palpation au doigt du palais ;
- myéломéningocèle (hernie d'éléments nerveux et des méninges à travers un défaut vertébral) par l'inspection ;
- imperforation anale par l'inspection de la marge anale et avec une sonde d'aspiration n° 8 introduite dans le rectum ;
- ambiguïtés sexuelles par inspection des organes génitaux externes ;
- omphalocèle (hernie ombilical des viscères abdominaux) ;
- laparochisis (éviscération d'organes abdominaux à travers un défaut pariétal para-ombilical) ;
- atrésie des choanes par le passage d'une sonde d'aspiration vers le pharynx à travers au moins une narine ;
- atrésie de l'œsophage : en plaçant une sonde gastrique, injecter 5 cc d'air par cette sonde et ausculter l'épigastre.

D. PRINCIPES DE BASE DE LA REANIMATION NEONATALE (voir annexe 11)

Assurer une ventilation et une oxygénation adéquates sont le principal geste de réanimation du nouveau-né en salle de travail.

- Libérer les voies aériennes et ventiler au masque.
- Assurer une bonne oxygénation.
- Essayer d'obtenir un bon état circulatoire.

ASSURER AU NOUVEAU-NE EN SALLE DE TRAVAIL



* Voir annexes 9 et 10.

II. REANIMATION SPECIFIQUE DU NOUVEAU-NE A RISQUE EN SALLE DE TRAVAIL

A. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SOUFFRANCE NEONATALE CONSTITUEE

Afin de prévenir une souffrance néonatale, il est impératif de :

- ausculter régulièrement les BCF au cours du travail ;
- prendre la décision d'extraction foetale (césarienne, VB) selon le degré de la souffrance foetal et le délai qui reste pour l'expulsion.

1. Conduite à tenir devant une souffrance néonatale légère (qui dure moins de 24 h après la naissance)

a. *Conduite à tenir diagnostique* ; rechercher :

- Une dépression du niveau de conscience (cris et ouverture spontanée des yeux).
- Hypertension artérielle et tachycardie.
- Réflexe de Moro et réflexes tendineux vifs.

b. Conduite à tenir

Allaiter progressivement en surveillant les signes de tolérance intestinale (quantité et couleur de la stase gastrique, ballonnement abdominal, aspect des selles) ; si normaux, continuer la même attitude, sinon passer au degré suivant.

2. Conduite à tenir devant une souffrance néonatale de gravité moyenne à sévère (qui dure au-delà 24 heures)**a. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :**

- Coma.
- Réflexes diminués ou abolis.
- Hypotonie.
- Convulsions.
- Défaillance cardiaque : pâleur, marbrures, cyanose réfractaire à la ventilation en oxygène pur, tachycardie (supérieure à 180/mn), ou bradycardie (inférieure à 100/mn), pouls difficilement perceptible.

b. Conduite à tenir thérapeutique

- Intuber obligatoirement le nouveau-né et le ventiler.
- Transfuser en urgence : si signes de choc hémorragique (placenta prévia par exemple), avec du sang O Rhésus négatif ou à défaut remplir par du sérum salé à 9 ‰ à la dose de 20 cc/kg.
- Perfuser de la dobutamine : si incompetence myocardique, à raison de 20 microg/kg/mn (pour un nouveau-né de 3 kg), mettre 250 mg de dobutamine dans 500 cc de sérum glucosé à 10 % et perfuser 60 cc/kg/jour ou 3 gouttes/mn).
- Si la dobutamine est inefficace, ajouter l'adrénaline à 0,5 microg/kg/mn (3,6 mg d'adrénaline dans 500 cc de sérum glucosé à 10 % au débit de 3 gouttes par mn).
- Transférer (conditions optimales) le nouveau-né ensuite vers le service de réanimation (N2/N3) le plus proche en maintenant un support respiratoire et hémodynamique continu et en le maintenant bien au chaud.
- Suspendre l'alimentation pendant au moins 5 jours (risque d'entérococolite nécrosante).
- Ne la démarrer que si l'état cardio-respiratoire est stable, s'il n'existe pas de stase gastrique (liquide gastrique aspiré clair) ; et le transit effectif ramène des selles d'aspect normal.

B. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DETRESSE RESPIRATOIRE NEONATALE**1. Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :**

- Apnée.
- Cyanose avec augmentation de l'effort des muscles respiratoires (tirage).
- Tirage sans cyanose.
- Cyanose isolée : peut révéler une cardiopathie congénitale cyanogène.

2. Conduite à tenir thérapeutique générale : ASSURER UNE BONNE HEMATOSE

a. En salle d'accouchement

- Apprécier la lutte respiratoire par le score de Sylvermann (voir annexe 9).
- Assurer un support respiratoire avant le transfert en milieu spécialisé :
- Mettre en place une sonde à oxygène nasale.
- Intuber et ventiler le nouveau-né avec un air enrichi en oxygène pendant tout le transfert.
- Prévenir la survenue de détresse respiratoire.

b. Indication de l'intubation

- Score de Sylvermann supérieur à 7.
- Examen neurologique anormal après réanimation à la naissance.
- Hypotonie et absence de cri spontané ; apnées.
- Cyanose réfractaire à l'oxygène.
- Obstacle sur les voies aériennes quand on ne peut le court-circuiter par un dispositif oral (atrésie des choanes, syndrome de Pierre Robin).
- Suspicion de hernie diaphragmatique.
- Etat de choc (pouls difficilement perçu, bradycardie ou tachycardie supérieure à 180/mn, marbrures).
- Doute sur l'opportunité d'intuber la trachée (sevrer un malade ventilé abusivement, mais ne jamais avoir à regretter un retard à l'intubation et à la ventilation).

3. Conduite à tenir spécifique

a. Conduite à tenir devant un pneumothorax

➤ Conduite à tenir diagnostique ; rechercher :

- Absence de réponse aux gestes de réanimation
- Persistance des signes de défaillance respiratoire (cyanose) et hémodynamique (bradycardie ou fréquence cardiaque normale avec marbrures et/ou pâleur).
- A l'examen, rechercher :
 - la mauvaise transmission du murmure vésiculaire,
 - le surplus de sonorité,
 - la mauvaise transmission des bruits du cœur,
 - l'absence de soulèvement thoracique.

➤ Conduite à tenir thérapeutique : ponctionner le thorax du nouveau-né du côté atteint, avec une épicroticienne montée sur une seringue à demie remplie de liquide et aspirer l'air contenu dans la plèvre.

b. Conduite à tenir devant une atrésie des choanes

➤ Diagnostic : il est impossible de passer une sonde d'aspiration n° 8 à travers les narines du nouveau-né, celle-ci butte à environ trois centimètres.

➤ Traitement :

- Mettre rapidement en place une canule bucco-pharyngée (Mayo) pour permettre une respiration par la bouche.
- Si cette technique échoue, intuber la trachée par la bouche en attente de la chirurgie qui se fait vers le 2^e, 3^e jour.

c. Conduite à tenir devant une inhalation méconiale

- Intuber.
- Aspirer la trachée à travers la sonde d'intubation.
 - Contenu méconial épais : continuer l'aspiration jusqu'à ne plus rien ramener.
 - Contenu non méconial, ventiler au masque et assécher.

C. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INFECTION NEONATALE PRECOCE

1. Conduite à tenir devant un nouveau-né avec signes d'infection néonatale

- Faire hémoculture, puis
- Traiter par ampicilline et gentamicine :
 - Ampicilline IVD 100 mg/kg/jour en deux prises, gentamicine IM ou IVD 5 mg/kg/jour en une seule prise. La durée du traitement est de dix (10) jours.
 - Si méningite à Gram positifs : 15 jours. Si méningite à Gram négatifs : 21 jours.
 - Adapter par la suite l'antibiothérapie aux résultats de l'hémoculture. Si négative, décider l'arrêt de l'antibiothérapie en fonction de la clinique et de la biologie (NFS, CRP...)

2. Conduite à tenir devant un nouveau-né asymptomatique (mais à facteurs de risque d'infection néonatale)

- Faire hémoculture et biologie (ponction lombaire...).
- Donner des antibiotiques : ampicilline (100 mg/kg/j) et gentamicine : (5 mg/kg/j).
- Adapter l'antibiothérapie en fonction de l'hémoculture :
 - l'antibiotique est arrêté si l'hémoculture est négative à 72 heures et que le nouveau-né demeure asymptomatique et que la biologie est rassurante ;
 - l'hémoculture peut ne pas pousser parce que le nouveau-né a été exposé à des antibiotiques *in utéro*, le mettre sous antibiotiques si la biologie est positive.
- Prévenir l'infection néonatale (Strepto.B) au lieu de les traiter, par une prise en charge correcte de la mère et de l'accouchement.

Annexe 1

FICHE DE PREVENTION DE L'INFECTION

INTRODUCTION

La prévention des infections est un élément essentiel dans la qualité des services. Elle a pour objectif de protéger les clientes et les professionnels de santé de toute contamination en réduisant au maximum le risque de transmission des germes.

La P.I. associe les actions suivantes :

1. Se laver les mains

Le lavage des mains est le premier procédé simple de prévention de l'infection. Il consiste à se laver avec une eau propre et du savon pendant 15 à 30 secondes et de se sécher en utilisant une serviette propre.

Le lavage des mains permet de diminuer le port de germes, il doit être fait :

Avant d'examiner une patiente et avant de mettre des gants stériles.

Après toute situation où les mains ont été contaminées et après avoir enlevé les gants.

2. Porter des gants

Le port des gants est une deuxième protection mécanique pour éviter la transmission des germes entre la patiente, le professionnel de santé et le matériel. Pour cela, il faut porter des gants dans les situations suivantes :

- pour **le clinicien**, avant l'examen touchant une muqueuse ;
- pour **le personnel de service**, des gants de ménage propres et épais pour nettoyer les instruments, le matériel et les surfaces contaminées de la salle d'examen.

3. Utiliser des antiseptiques

Les solutions antiseptiques permettent de réduire et parfois de détruire les germes. Elles sont utilisées au niveau des surfaces cutanées et des muqueuses pour les préparer avant de réaliser des gestes invasifs. Il existe un grand nombre de solutions antiseptiques à base d'alcool et d'iode ou mieux, pour les nouveau-nés, de la chlorexidine.

Attention

- Les solutions alcoolisées ne doivent pas être utilisées pour les muqueuses.
- Les solutions iodées sont contre-indiquées en cas d'allergie à l'iode.

4. Eliminer les déchets

Les déchets contaminés par le sang ou liquides organiques comportent un risque infectieux et doivent être éliminés avec les précautions suivantes :

- mettre tous les articles tranchants ou pointus dans des récipients ne pouvant être troués ;
- éliminer ces déchets selon la procédure adoptée par l'hôpital pour l'élimination des déchets à risque, sinon les brûler ou les enterrer ;
- verser avec précaution les déchets liquides dans les toilettes avec chasse d'eau ;
- laver les mains, les gants et les récipients après avoir jeté les déchets à risque.

5. Traiter le matériel

Tout le matériel doit être traité avant sa réutilisation. Il doit d'abord être décontaminé, nettoyé puis lavé et ensuite stérilisé ou désinfecté à haut niveau selon le protocole suivant :

> La décontamination

La décontamination se fait à l'**hypochlorite** de sodium à 0,5 % pendant 10 minutes seulement car il est corrosif pour le métal. Elle inactive le virus du SIDA et de l'hépatite.

Préparation de l'hypochlorite de sodium à 0,5 % = 1 part d'eau de Javel à 12 % pour 7 parts d'eau.

> Le nettoyage

Il consiste à frotter les instruments avec une brosse et de l'eau savonneuse puis les rincer à l'eau.

> La stérilisation

- soit à la vapeur (autoclave) à température 121 °C, pression 106 kilo-pascal pendant une durée de 20 mn pour les articles sans emballage et 30 mn pour les articles emballés ;
- soit à la chaleur sèche (poupinel) à 170 °C pendant 1 heure ou 160 °C pendant 2 heures ;
- soit chimique en trempant le matériel dans une solution de glutaraldéhyde pendant 8 à 10 heures ou dans une solution de formaldéhyde à 8 % pendant au moins 24 heures (indiqué pour la stérilisation des endoscopes).

> La désinfection de haut niveau (DHN)

Elle se fait soit à l'ébullition pendant 20 minutes, soit chimiquement en trempant le matériel pendant 20 minutes dans une solution de formaldéhyde à 8 % ou de glutaraldéhyde.

La DHN détruit les micro-organismes, y compris le virus de l'hépatite B et du SIDA.

Principales étapes du traitement des instruments, gants et autres articles

1. La décontamination

Tremper le matériel pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5 %.

2. Le nettoyage

Laver au détergent, rincer à l'eau.

3. La stérilisation



Soit autoclave

120 k-pascal – 120 °C
pendant 20 mn pour les
articles non emballés

Soit chaleur sèche

170 °C pendant 1 heure
160 °C pendant 2 heures

Soit chimique

Tremper le matériel
pendant 10 heures dans
une solution de GA* 2 %

*Lorsque la stérilisation n'est possible (par manque de matériel ou de temps),
procéder à la désinfection de haut niveau*



Soit par ébullition

Ebullition avec couvercle
pendant 20 mn

Soit chimique

Tremper le matériel
pendant 20 mn dans une
solution de GA* 2 %

* GA : Glutaraldéhyde

97-

Annexe 2

CONDITIONS DE TRANSFERT EN CAS D'HEMORRAGIE

Mise en condition de la femme

- Voie veineuse
- Sonde urinaire
- Continuer l'apport d'oxygène et le remplissage afin de garder une stabilité hémodynamique

Assurer une hémostase temporaire par des moyens physiques

Tamponnement de lésions des voies génitales accessibles qui saignent.

Compression utérine.

Compression de l'aorte trans-abdominale.

Préhension du col déchiré par des pinces.

Hémostase mécanique des hémorragies du segment inférieur (placenta bas inséré).

→ Ecraser le segment inférieur entre le globe utérin refoulé par une main abdominale et une main ou des champs profondément introduits dans le vagin jusqu'au contact du col.

Lieu du transfert

- Maternité ayant une salle d'opération : Niveau 2
- Avertir au préalable si possible le personnel de réception de la patiente.

Previous Page Blank

Annexe 3

**QUANTITE DE REMPLISSAGE VASCULAIRE EN
FONCTION DES ESTIMATIONS DES PERTES DE SANG**

Pertes sang en millilitre	Sérum salé 9 %	Culots frais congelé (CG)	Plasma frais congelé	Plaquettes (PQ)
500	500			
1 000	1 000			
1 500	3 000			
2 000	3 000	2 CG	—	—
2 500	3 000	3 CG	4 unités	5 unités PQ si trouble de l'hémostase
3 000 ou plus	3 000	4 CG ou plus	6 unités	10 unités PQ

Annexe 4

PARTOGRAMME

Le partogramme est un instrument d'identification du risque chez la parturiente, de prévention d'un travail prolongé et de prise de décision.

Le partogramme permet d'enregistrer sur un graphique l'évolution dans le temps des paramètres de surveillance du travail ; ces paramètres sont :

- le rythme cardiaque fœtal ;
- l'état de la poche des eaux ;
- la dilatation du col utérin en fonction du temps ;
- la présentation : variété et niveau ;
- les contractions utérines ;
- les médicaments utilisés ;
- l'état général maternel : tension artérielle et le pouls.

Le travail est subdivisé en deux phases : la phase de latence et la phase active :

- la phase de latence commence du début du travail jusqu'à 3 cm de dilatation ;
- la phase active débute de 4 cm jusqu'à dilatation complète (10 cm).

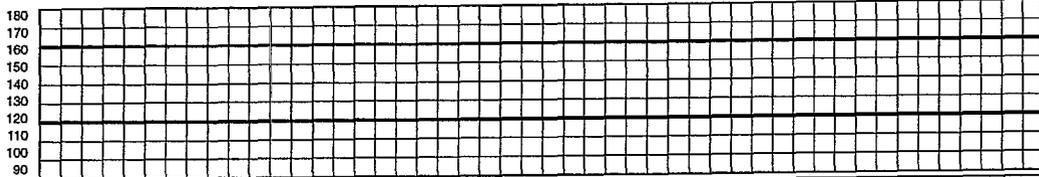
L'enregistrement de la progression du travail sur le partogramme permet de :

- ❶ déceler précocement les anomalies du travail : dystocie, souffrance fœtale aiguë, défaut d'engagement de la présentation ;
- ❷ prendre une décision obstétricale adaptée :
 - rupture artificielle des membranes ;
 - perfusion d'ocytocine ;
 - césarienne.

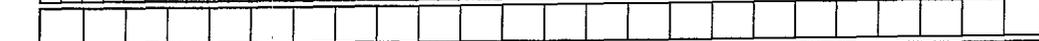
IX. PARTOGRAMME مخطط الولادة

RESPONSABLE DE L'ACCOUCHEMENT :

Rythme
cardiaque
fœtal



Poche des eaux



DILATATION EN
CENTIMETRES
(X)

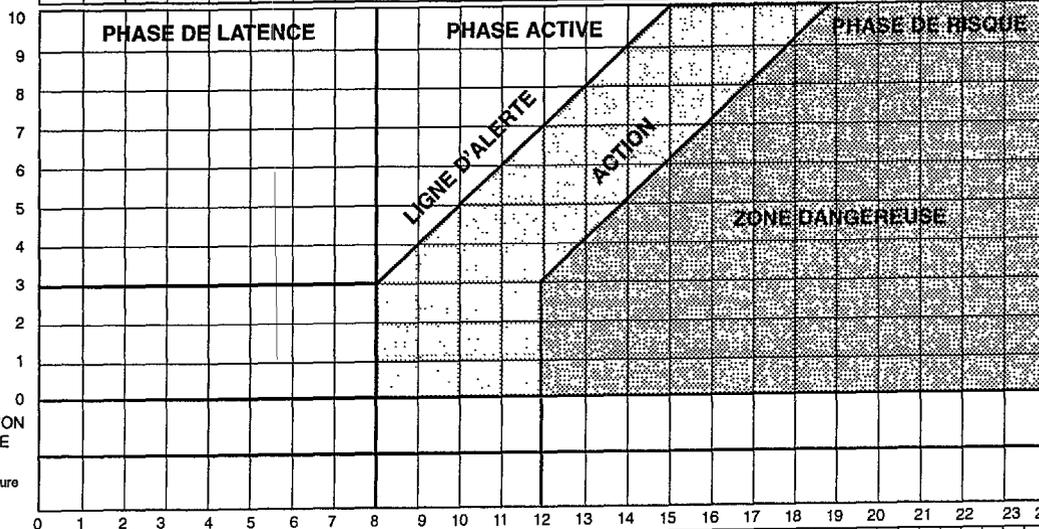


DESCENTE DE LA
PRESENTATION
(O)



PRESENTATION
ET VARIETE

Heure



Nombre et durée
des CU par 10 mn

Médicaments utilisés

T.A.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Annexe 5

PERFUSION D'OCYTOCINE (SYNTOCINON*)

Définition

L'ocytocine est un produit ocytocique utilisé soit pour le déclenchement du travail, soit au cours de l'accouchement pour renforcer ou régulariser la contraction utérine.

Indications

1. La dystocie dynamique
2. L'épreuve du travail
3. L'inertie utérine (anomalie de la délivrance)
4. Le déclenchement du travail

Matériel

- 1 ampoule d'ocytocine : 5 U.I. : → non périmée
→ conservée au froid entre 2-15 °C
- 1 flacon de 500 cc de sérum glucosé isotonique.
- Aiguille ou intranule pour la prise de la voie veineuse ; sparadrap, compresses stériles et antiseptique.

Étapes techniques

1. Préparer la perfusion :
→ 5 U.I. d'ocytocine dans 500 cc de sérum glucosé 5 %
2. Prendre la voie veineuse.
3. Régler le débit de la perfusion à 16 gouttes par minute et en fonction de l'indication.
4. Surveiller les modifications des contractions utérines (fréquence, intensité, durée, relâchement).
5. Augmenter graduellement le débit par paliers de 4 gouttes/minute jusqu'à l'obtention d'une contractilité utérine valable sans dépasser 40 gouttes par minute.

Surveillance

De la mère : contraction utérine

- Fréquence
- Intensité
- Durée
- Relâchement inter-phasique
- Evolution de la dilatation

Du fœtus

- Les B.C.F. (bruits du cœur fœtaux) doivent être auscultés avant, au moment et après chaque contraction utérine ou surveillés par monitoring.
- Aspect du liquide amniotique.
- Surveillance de la présentation.

De la perfusion

- Le débit doit être contrôlé.
- La voie veineuse doit être surveillée pour éviter l'éclatement de la veine et le passage du produit en sous-cutané.

Contre-indications

Obstacle mécanique

- Bassin rétréci.
- Obstacle préavia.
- Présentation incompatible avec l'accouchement par voie basse (front, épaule...).

Utérus doublement cicatriciel

Souffrance fœtale aiguë

Grande multiparité (après la 4^e parité)

Utérus unicatriciel (cicatrice fragile : fièvre dans les suites opératoires)

Surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple...)

Effets secondaires et complications

- Hypertonie utérine.
- Rupture utérine :
 - perfusion non contrôlée, ou
 - obstacle à l'accouchement par voie basse.

105

Annexe 6

MESURES DE PREVENTION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

- Pratiquer une délivrance artificielle en l'absence de délivrance spontanée 30 minutes après l'accouchement.
- Examiner très soigneusement le délivre, si incomplet pratiquer immédiatement une RU.
- Ne jamais tirer sur le cordon.
- Ne pas dilater le col lors du travail.
- Ne pas masser l'utérus avant l'expulsion du placenta.
- Savoir reconnaître les signes du décollement placentaire avant l'expulsion de celui-ci lors d'une délivrance naturelle.
- Pratiquer une délivrance dirigée pour les femmes à haut risque d'hémorragie de la délivrance par injection d'une ampoule de 5 UI de syntocinon en intraveineuse directe lente au moment du dégagement de l'épaule antérieure dans les présentations céphaliques.

Annexe 7

**MESURES DE PREVENTION DE L'INFECTION
SPECIFIQUE A L'OBSTETRIQUE**

Respecter les mesures d'hygiène et de sécurité en salle de travail et après tout accouchement ou avortement.

- Bien se laver les mains avant et après chaque soin.
- Ne faire un toucher vaginal ou une manœuvre endo-utérine que si nécessaire.
- Dépister les infections urinaires et génitales surtout en fin de grossesse.
- Recommander aux femmes enceintes de consulter dès la rupture des membranes.
- Contre-indiquer les rapports sexuels et le *Hamman* après la rupture des membranes.
- Eduquer les femmes pour bien soigner le périnée avant et après l'accouchement et le tenir propre.
- Prendre des précautions devant une rupture prématurée des membranes : limité les touchers vaginaux, instaurer des antibiotiques (après prélèvements) 12 heures après et déclencher la femme fébrile et à terme.
- Apprendre aux femmes à soigner leur seins pendant l'allaitement.
- Consulter au moindre signe d'alarme.
- Dépister et traiter les infections génitales basses pendant la grossesse.
- Section et soins antiseptiques du cordon.

Annexe 8

GROSSESSES A RISQUE DE SOUFFRANCE FCETALE

- Diabète.
- Hypertension artérielle, maladie vasculaire.
- Antécédents de mort fœtale.
- Anémie, hémorragie.
- Hydramnios, oligoamnios.
- Diminution des mouvements actifs fœtaux.
- Anomalies placentaires (placenta préavia, hématome rétro-placentaire).
- Grossesse multiple.
- Prématurité, dépassement du terme.
- Macrosomie, petit poids fœtal.
- Travail prolongé (dépassant 24 h), phase active du travail prolongée (au-delà de 2 h).
- Infection maternelle.
- Liquide amniotique méconial.
- Rythme cardiaque fœtal anormal (bradycardie, tachycardie, décélérations...).

Annexe 9
SCORE DE SILVERMAN

Grade	Synchronisation thoraco-abdomen	Tirage intercostal	Rétraction xiphoïdienne	Battement des ailes du nez	Geignement expiratoire
0	Présente	Absent	Absente	Absent	Absent
1	Discret balancement	A peine visible	A peine visible	Léger	Audible au stéthoscope
2	Balancement évident	Evident	Evidente	Marqué	Audible à l'oreille

Plus le score est élevé, plus la détresse respiratoire est sévère.

Annexe 10
SCORE D'APGAR

COTATION	0	1	2
Cœur	Arrêté	< 100/mm	> 100/mm
Respiration	Nulle	Cri faible, hypoventilation	Cris vigoureux
Tonus	Nul	Léger tonus en flexion des membres	Bon tonus en flexion, mouvements actifs
Réactivité à l'aspiration	Nulle	Grimace	Toux, réaction vive avec cris
Couleur	Pâleur ou cyanose généralisée	Rose mais extrémités cyanosées	Rose sur tout le corps

Plus le score est faible, plus l'état du nouveau-né est mauvais.

Annexe 11

TECHNIQUES DE REANIMATION DU NOUVEAU-NE

1. Technique de libération des voies aériennes

a. Positionner correctement le nouveau-né

Le mettre en légère extension du cou (ni hyper-extension, ni flexion) avec un billot sous les épaules.

b. Aspirer les sécrétions et débris : de la cavité buccale, de l'oropharynx et du rhino-pharynx.

Aspirer dans l'ordre : la bouche, l'oro-pharynx puis le nez et le rhino-pharynx.

Introduire durant l'aspiration la sonde avec le vide clampé et actionner le vide (dépression inférieure à 100 cm d'eau) au retrait de la sonde.

Utiliser une sonde large (n° 10) pour extraire les gros débris et les sécrétions visqueuses.

Introduire la sonde d'aspiration jusqu'à l'estomac, pour le vider du liquide.

NB : Utiliser exceptionnellement la canule bucco-pharyngée (Guedel) chez le nouveau-né en salle de naissance, sauf dans l'atrésie des choanes et le Syndrome de Pierre Robin.

2. Technique de ventilation au masque

a. Quand le faire ?

- Mouvements respiratoires nuls ou insuffisants.
- Pathologie respiratoire hypoxémiante et quand le nouveau-né nécessite d'être oxygéné au masque avant d'intuber la trachée.

b. Ne jamais ventiler au masque

- A de fortes pressions ou
- Quand il existe une suspicion de hernie diaphragmatique.

c. Avec quoi ?

- Source d'oxygène avec débitmètre.
- Ballon auto-expansible d'une capacité maximale de 750 cc avec un réservoir.

- Régler le débit d'air à 6-8 litres/mn. Le diminuer s'il est excessif et rend le ballon difficile à manipuler.
- Masque adapté à la taille du nouveau-né, il doit recouvrir : menton, bouche et nez sans déborder sur les yeux.

d. Comment ?

- Recouvrir par le masque menton, bouche et nez. Il ne faut pas déborder sur les yeux ou exercer de pression sur le larynx.
- Maintenir le masque par le pouce et l'index à la pression minimale pour empêcher les fuites de gaz. Les droitiers le maintiennent par la main gauche.
- Ouvrir légèrement la bouche pour faciliter l'introduction de l'air.
- Ventiler à la fréquence de 60 cycles/mn, en observant le soulèvement thoracique synchrone de l'insufflation. Un aide ausculte le murmure vésiculaire au niveau des deux champs pulmonaires. Quand la pression d'insufflation est suffisante et que les poumons se soulèvent peu, changer la position de la tête du nouveau-né par de petits mouvements de flexion ou d'extension jusqu'à arriver à une expansion thoracique optimale.
- Poser une sonde gastrique quand la ventilation au ballon dure (la distension gastrique limite l'efficacité de la ventilation et fait courir le risque d'inhalation du contenu gastrique).
- Ventiler de façon adaptée à l'état du nouveau-né :
 - premières insufflations : 30 à 40 cm d'eau,
 - poumon normal : 15 à 20 cm d'eau,
 - poumon pathologique : 20 à 40 cm d'eau.
- Evaluer l'efficacité de la ventilation après 15 à 30 secondes, si le nouveau-né a été ventilé pour cyanose et / ou bradycardie, sur :
 - la coloration (qui doit virer progressivement au rose) et
 - sur la fréquence cardiaque (qui doit augmenter).

3. Technique de mise en place d'une sonde d'aspiration gastrique

a. Quand ?

- La ventilation au masque dure plus de deux minutes.
- Pour éliminer une atrésie de l'œsophage.

b. Comment ?

- Utiliser une sonde de diamètre moyen (n° 8).
- Mesurer la longueur de la sonde à introduire (distance nez-tragus de l'oreille plus la distance nez-xyphoïde) par une seconde personne, pendant qu'une première ventile au masque.

- Introduire la sonde gastrique par la bouche, puis aspirer le contenu gastrique avec une seringue de 20 cc. La seringue est ensuite enlevée pour permettre une fuite libre de l'air introduit au cours de la ventilation dans l'estomac.
- Fixer la sonde sur la joue du nouveau-né avec un sparadrap, si on veut la maintenir en place (ventilation prolongée).

4. Technique d'intubation de la trachée

a. *Quand ?* Intuber la trachée devant :

- massage cardiaque ;
- ventilation prolongée au masque ;
- résistance du nouveau-né à l'administration d'un flux libre d'oxygène ;
- aspiration trachéale et toilette bronchique ;
- inefficacité de la ventilation au masque ;
- hernie diaphragmatique ;
- prématurés de poids inférieur à 1 000 g.

b. *Avec quoi ?*

- Laryngoscope avec lames n° 0 (pour prématuré) et n° 1 pour nouveau-né à terme.
- Pince d'intubation trachéale de Magill.
- Sondes d'intubation n° 2,5-3-3,5 et 4. Les sondes ont à leur bout distal un repère noir qui marque le lieu où doivent se positionner les cordes vocales, de sorte que la sonde ne soit ni peu, ni trop introduite.

En pratique : intuber avec une sonde n° 3, sauf quand elle rentre à frottement dur chez le nouveau-né prématuré ou quand il existe des fuites trop importantes chez le nouveau-né de bon poids.

c. *Quelles précautions ?*

- Etre deux :
 - un opérateur qui effectue le geste, et
 - un assistant qui anticipe les besoins de l'opérateur, l'aide et surveille le nouveau-né.
- Bien oxygéner le nouveau-né et le ventiler au masque (à 100 % d'oxygène) avant de l'intuber.
- Diriger (par un assistant) pendant l'intubation un flux d'oxygène de 5 litres/mn vers la bouche du nouveau-né sans gêner la vision de l'opérateur.
- Ne pas faire durer la tentative d'intubation plus de 20 secondes.
- Couper son souffle pendant la procédure et s'arrêter lorsqu'on commence à manquer d'air et reventiler le nouveau-né au masque. L'assistant doit signaler à l'opérateur que la tentative d'intubation a trop duré ou que le nouveau-né ne supporte pas la procédure.

d. Comment ?

- Se mettre derrière la tête du nouveau-né.
- Pré-oxygéner le nouveau-né si nécessaire.
- Introduire le laryngoscope dans la bouche par la main droite, le manche dirigé dans le sens opposé à l'opérateur.
- Tenir le laryngoscope avec la main gauche et l'introduire dans la bouche, la partie tranchante de sa lame située contre la commissure labiale droite.
- Continuer à introduire le laryngoscope dans l'oropharynx par un mouvement qui refoule en même temps la langue à gauche (parcourir la surface dorsale de la langue jusqu'à sa base où elle s'unit à l'épiglotte).
- Poser le bout de la lame du laryngoscope à l'union de la racine de l'épiglotte avec la base de la langue, lorsque l'épiglotte est vue.
- Soulever par un mouvement vertical vers le haut l'ensemble mandibule et pour voir l'orifice glottique.
- Introduire la sonde d'intubation dans la glotte visible, uniquement jusqu'au trait noir (position des cordes vocales) (si seule la partie inférieure de la glotte apparaît, l'assistant peut aider à mieux la visualiser en appuyant légèrement sur le larynx).
- Identifier un repère à la bouche (la sonde est graduée en centimètres).
- Ventiler ensuite au masque et noter le soulèvement symétrique du thorax.
- Ausculter le murmure vésiculaire de façon égale au niveau des deux champs pulmonaires. Il ne doit pas exister d'entrée d'air auscultée dans l'estomac et il ne doit pas se produire de distension gastrique avec la ventilation au ballon.
- Fixer la sonde d'intubation en position correcte au niveau du repère à la bouche ou au nez si l'intubation a été naso-trachéale.

e. Éviter certaines erreurs :

- Laisser la sonde glisser vers :
 - L'intérieur : intuber sélectivement une bronche (vérifier toujours la symétrie d'auscultation pulmonaire. Le repère distal noir doit être placé entre les deux cordes vocales).
 - L'extérieur : il se produit une extubation accidentelle (bien fixer au repère centimétrique que l'on a marqué à la bouche ou au nez).
- Intuber l'œsophage : détecté par l'auscultation de l'entrée d'air dans l'estomac et par la distension gastrique progressive au moment de la ventilation.
- S'acharner à intuber sans tenir compte de la détérioration de l'état du NN. Savoir revenir à la ventilation au masque et appeler à l'aide.

5. Technique de massage cardiaque

a. Quand ?

Après 15 à 30 secondes de ventilation en oxygène pur.

Lorsque la fréquence cardiaque est inférieure à 60 cycles/mn ou comprise entre 60 et 80 cycles/mn et n'augmente pas.

Arrêter le massage cardiaque externe dès que la fréquence cardiaque dépasse 80 / min.

b. Comment ?

La réalisation d'un massage cardiaque externe nécessite deux personnes : l'une pour ventiler, la seconde pour effectuer le massage cardiaque externe.

- Positionner correctement le nouveau-né pour le ventiler par la sonde trachéale.
- Ventiler artificiellement à 30 cycles/mn par la première personne, et effectuer le massage cardiaque externe par la deuxième personne.
- Deux techniques sont possibles :
 - Empaumer le thorax entre les deux mains, les pouces posés à la face antérieure du thorax et exercer une pression intermittente (90 cycles/mn) sur le tiers inférieur du sternum. Les pouces peuvent être superposés ou adjacents l'un à l'autre.

(Technique efficace moins fatigante, mais qui gêne la pose du cathéter ombilical, et n'est possible que chez le nouveau-né de grand poids.)

- Effectuer la compression sur la même zone du sternum avec l'index et le majeur. Le NN doit être mis sur un plan dur ou alors la seconde main supporte son rachis.

(Technique adaptée au nouveau-né de petit poids.)

- Déprimer le sternum de 1,5 à 2 cm. La compression doit être verticale et s'exercer uniquement sur le sternum. Elle ne doit intéresser ni les côtes ni la xiphoïde.
- Laisser les doigts collés au thorax pendant le massage cardiaque externe et ne pas interrompre un massage cardiaque externe.

6. Technique d'administration des médicaments de ressuscitation

a. Quels médicaments ?

- Les solutés de remplissage.
- L'adrénaline.
- La dopamine ou la dobutamine.
- La naloxone (antagoniste des morphiniques). Indiquée en cas de dépression respiratoire chez un nouveau-né suspect d'avoir été exposé à ces drogues. Elle peut entraîner des convulsions et de l'hypertension chez le nouveau-né. Ventiler le nouveau-né puis l'explorer en réanimation, si une intoxication aux morphiniques est confirmée, administrer la naloxone.

NB : Ne plus utiliser du calcium et du sérum bicarbonaté chez le nouveau-né en salle de travail.

b. Quand ? En cas de défaillance cardio-respiratoire

- **Arrêt cardiaque réfractaire :** à 30 secondes de massage cardiaque externe, avec ventilation. Administrer de l'adrénaline.
- **Fréquence cardiaque inférieure à 80 cycles/mn :** malgré le massage cardiaque externe et ventilation. Administrer l'adrénaline.
- **Adrénaline inefficace :** évoquer une hypovolémie et administrer des solutés de remplissage par voie ombilicale. L'utilisation d'une veine périphérique est possible mais difficile à prendre chez un nouveau-né en bas débit avec des veines plates. Poser un cathéter ombilical permet d'apprécier la pression veineuse centrale (basse quand le NN est hypovolémique, haute quand il est suffisamment rempli).
- **Incompétence myocardique :** avec activité cardiaque présente, des signes de bas débit cardiaque et pression veineuse centrale élevée. Administrer la dobutamine ou la dopamine.

c. Comment ?

➤ Quelle voie ?

- Voie veineuse : solutés de remplissage, dobutamine, dopamine.
- Voie intra-trachéale : adrénaline.

➤ Quel soluté ?

- Sang O Rhésus négatif : chez le nouveau-né suspect d'avoir saigné (placenta prévia...), celui-ci n'est pas toujours immédiatement disponible. Préférer ensuite l'albumine à 4 %.
- Autres produits (sérum salé isotonique, ringer lactate, dextrans, gélatines fluides) ; ils sont équivalents

➤ Quelle posologie ?

Médicaments	Voie trachéale	Voie veineuse
Adrénaline	1 mg dans 10 ml 1 à 2 ml/kg	1 mg dans 10 ml 0,1 à 0,3 ml/kg
Soluté de remplissage		10 cc/kg/20 mn répéter selon pression veineuse centrale
Dobutamine-dopamine		5 à 20 µg/kg/mn (perfusion continue à la seringue autopulsée)

Annexe 12

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Antiseptique iodée : exemple Bétadine

Collyre ophtalmique : Rifamycine = Rifocine

Ocytociques : ocytocine (SYNTHOCINON*) et méthylergométrine (METHERGIN*)

Antibiotiques :

 Benzylpénicilline sodique

 Ampicilline

 Amoxicilline

 Gentamicine

 Metronidazol

 Cyclines

 Doxycycline, tetracycline flucloxacilline

Antiseptiques urinaires : nitroxoline

Antalgiques

Paracétamol

Péthidine : DOLOSAL*

Anti-hypertenseurs

 Métyldopa : ALDOMET*

 Dihydralazine : NEPRESSOL*

 Acébutolol : SECTRAL*

Epinéphrine : Adrénaline*

Antitoxine tétanique : sérum antitétanique (SAT)

Sédatifs :

 Diazépam : VALIUM* DIAZEPAN*

 Clorazépate dipotassique : TRANXENE*

Annexe 13

DEPISTAGE DES HANDICAPS A LA NAISSANCE

La naissance est un moment privilégié pour dépister des anomalies chez le nouveau-né. En effet, un certain nombre des handicaps peuvent être prévenus s'ils sont diagnostiqués précocement à la naissance.

Après la prise en charge du nouveau-né pendant les cinq premières minutes à la naissance, il faut vérifier :

Au niveau des membres :

- leur longueur et leur volume des membres ;
- la souplesse des articulations ;
- rechercher une asymétrie des mouvements.
- **Membres supérieurs** : lésion traumatique (fracture de la clavicule, paralysie du plexus brachial).
- **Doigts** : surnuméraires, pli palmaire unique (pli médian fréquent dans les aberrations chromosomiques : pli palmaire).
- **Membres inférieurs** : anomalies des orteils, plis cutanés, malposition (varus, pied bot varus équin...).

Au niveau des hanches

Toute hanche luxée ou luxable doit être découverte dès les premiers jours de vie. Le dépistage d'une anomalie de la hanche doit être particulièrement rigoureux quand il existe la notion de :

- cas familial,
- accouchement par le siège,
- anomalie des pieds (talus).

Le traitement de la hanche luxable est souvent simple (langeage en abduction) si elle est découverte rapidement ; par contre, l'évolution d'une hanche luxable non diagnostiquée en période néonatale peut être catastrophique.

Le dos – le rachis : l'inspection recherche :

- Une tuméfaction médiane traduisant l'existence d'un spina bifida nécessitant une prise en charge rapide en milieu neurochirurgical. On en précisera le degré

(myéломéningocèle plus ou moins ouvert) et les troubles neurologiques qu'il peut entraîner (béance anale, troubles mictionnels, paraplégie...).

- Une fossette coccygienne profonde, une touffe de poils en région sacrée doivent alerter également.
- Rechercher un torticolis (mieux visible quand l'enfant est vu de dos).

Les clavicules

Les clavicules sont systématiquement palpées à la recherche de fracture.

La tête

- Périmètre crânien normal entre 33 et 37 cm.
- Le crâne doit être examiné :
 - pour dépister les estafilades,
 - pour dépister contusions secondaires à l'application de forceps. On retrouve un modelage différent selon la présentation (en pain de sucre dans les accouchements par voie basse),
 - il faut palper les sutures, les deux fontanelles,
 - il faut apprécier les sutures qui ne doivent être ni trop largement ouvertes (hydrocéphalie) ni fermées (craniosténose).
- La bosse sérosanguine est un épanchement cutané. La résorption a lieu en quelques jours. Elle peut chevaucher une suture.
- Le céphalématome est un épanchement sous-périosté plus préoccupant devant faire rechercher une fracture du crâne (parfois associée à une hémorragie intracrânienne).

Le cou

- On doit apprécier sa mobilité.
- On recherche la présence éventuelle d'un ptérigium coli, d'un goître, d'une fistule.
- La palpation des muscles sterno-cléido-mastoïdiens recherche un hématome associé souvent à une attitude en torticolis.

La bouche

- S'assurer de l'absence de fente palatine, vélopalatine, de bec de lièvre, de dents.
- On recherche un frein de la langue qui peut gêner la succion.
- Une grosse langue doit faire penser à une hypothyroïdie.

La face

- Dès la naissance doivent être diagnostiqués : l'imperforation des channes, le syndrome de Pierre Robin (QS).

- On recherche une éventuelle dysmorphie, une obliquité des palpébrales, un hypertélorisme.
- Les oreilles : niveau d'implantation, forme du pavillon, présence d'un conduit.
- Les yeux : conjonctives, iris, pupille, taille des globes oculaires, larmoiements :
 - un œdème palpébral existe souvent les premiers jours,
 - les hémorragies sous-conjonctivales sont banales, transitoires.

Déficits sensoriels

Les troubles de la vision : à la naissance, l'examen vérifie l'intégrité du globe oculaire (les yeux étant ouverts lors de la tétée et en position assise) et étudie le réflexe photo-moteur et l'attraction du regard vers une source lumineuse faible.

Les troubles de l'audition : à la naissance leur dépistage est difficile et réservé aux populations à risques par antécédents familiaux de surdité ou par contexte périnatal. Il repose sur l'étude des réactions motrices à un bruit réactogène.

Toute suspicion de déficit sensoriel impose une consultation spécialisée pour approfondir l'examen et programmer la prise en charge en cas de déficit confirmé.

BIBLIOGRAPHIE

- Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, Second Edition
October 1997, UNICEF, WHO, UNFPA.
- Essential element of obstetric care at first referral level*, World Health Organisation, Geneva,
1991.
- Manuel pratique de technique d'obstétrique pour le personnel de santé/accoucheur*, deuxième
édition, American College of Nurse-Midwives Washington 1991
- Intensive care of the fetus and neonat*, Mosby, Philadelphia, 1996, A R Spitzer edition.
- American Academy of pediatric*, American Heart association : neonatal resuscitation.
- Techniques d'accouchement et soins du nouveau-né*, ministère de la Santé, Maroc.
- Dossier Accouchement et partogramme, Guide de l'utilisateur*, ministère de la Santé, Maroc,
1991.
- Précis d'obstétrique*, Merger R. Levy, J. Mlchior J., éditions Masson, Paris.